REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE:

DESAFIOS À INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL E À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

ADRIANO MAIA DOS SANTOS

REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE:

DESAFIOS À INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL E À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Salvador
EDUFBA
2018

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Capa e Projeto Gráfico *Maria Tarrafa*

Revisão *Mariana Rios Amaral de Oliveira*

Normalização *Cecília Nascimento da Silva*

Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA

Santos, Adriano Maia dos.
Redes regionalizadas de atenção à saúde : desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado / Adriano Maia dos Santos.- Salvador: EDUFBA, 2018.
311 p.

ISBN: 978-85-232-1710-5

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública – Brasil. 3. Saúde pública – Bahia. 4. Política de saúde – Brasil. 5. Cuidados primários de saúde – Brasil. I. Título.

CDD: 362.10981

Editora afiliada à

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo
s/n - Campus de Ondina
40170-115 – Salvador - Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164 / +55 71 3283-6160
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

Ao meu pai
In memoriam

Como posso dialogar, se alieno a ignorância,
isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?

Paulo Freire (2007)

SUMÁRIO

Parte III

Gestão, organização e práticas em redes de atenção à saúde

Capítulo III

Governança na região de saúde: estratégias e disputas na gestão do cuidado

Capítulo IV

Posição da Estratégia Saúde da Família na região de saúde

Parte IV

PREFÁCIO

Uma Atenção Primária à Saúde (APS) integral, robusta, que efetiva seus atributos de acesso oportuno, longitudinalidade, integralidade, coordenação, enfoque familiar, intercultural e comunitário, é crucial para a constituição de sistemas públicos universais de saúde como o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Uma APS robusta é a resposta mais adequada às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico com envelhecimento populacional e prevalência de enfermidades crônicas que necessitam cuidado integral, coordenado e longitudinal. A ordenação dos sistemas de saúde com base na APS busca superar a fragmentação dos sistemas de saúde, fonte de descontinuidades do cuidado e ineficiências, com prejuízos para a qualidade assistencial, e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Este livro, ao iluminar a conformação de uma rede regional e a posição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do sistema de saúde e escrutinar os desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado, alinha-se a essa perspectiva de construção de um sistema único de saúde público e universal de qualidade, fundado na atenção primária integral. É com muita alegria que recebi o convite para escrever o prefácio deste livro, que contribui a desvendar caminhos para avançar na construção do SUS.

Mas de que APS estamos falando? Na experiência internacional, são observadas diferentes concepções de APS, que estão sempre em tensão e subentendidas no nosso debate nacional. Predominam dubiedades,

imprecisões conceituais e abordagens em disputa. Essa imprecisão conceitual e sua permanência ao longo do tempo, que permite, sob o termo "APS", abarcar iniciativas com propósitos muito distintos, levou o professor Jairnilson Paim a destacar que a APS poderia ser considerada quase uma "receita para todas as estações".

Desde a conferência mundial de Alma Ata em 1978, que consagrou uma abordagem de atenção primária integral como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde e o acesso universal em base às necessidades de saúde, as iniciativas de implementação da APS tomaram diferentes rumos. A abordagem parte de um sistema integrado de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social com enfrentamento dos determinantes sociais e que promove a participação social.

Em países em desenvolvimento, a APS foi, em geral, implementada em uma abordagem que foi denominada de seletiva. A APS seletiva se caracteriza por programa com cesta restrita de intervenções "custo-efetivas", limitado à atenção materno-infantil e doenças infecciosas, focalizado em populações em pobreza extrema e de resolutividade restrita. Nos anos 1990, essa abordagem foi enfatizada. Acompanhando programas de ajuste macroeconômico, agências internacionais, como o Banco Mundial, prescreveram programas focalizados e seletivos em saúde com responsabilização governamental apenas por cesta restrita de baixo custo, um modelo de Estado mínimo e intervenção governamental em saúde residual, ignorando e negando o direito universal à saúde.

Em países com sistemas universais de saúde – em sua maior parte, europeus –, a APS está centrada em médicos generalistas ou com especialidade em medicina de família e comunidade e corresponde ao primeiro nível de atenção, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde articulados a um sistema universal com base a financiamento solidário. Estes estão direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos, ações

preventivas individuais e, por vezes, ações de saúde pública. Ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva com longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família são atributos imprescindíveis da APS integral. Todavia, o enfoque populacional com abordagem comunitária e o trabalho em equipe multiprofissional são pouco desenvolvidos.

No Brasil, o modelo assistencial preconizado na ESF segue os preceitos de uma atenção primária integral, robusta, que associa e busca um adequado balanço entre uma abordagem do cuidado individual e coletivo, da saúde de indivíduos e da população, abarcando a promoção, a prevenção e o cuidado contínuo, o atendimento oportuno de demandas espontâneas e as ações programáticas. Realiza-se por uma equipe multiprofissional na qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem uma função primordial na mobilização social, na mediação para enfrentamento dos determinantes sociais e na participação em ações estratégicas frente a problemas de saúde populacionais no território.

No debate internacional, atualmente, a APS tem sido reiterada como estratégia para alcance de "cobertura universal". Permanece, contudo, dubiedade quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da estratégia de APS a ser implementada. No contexto internacional, a disputa está entre expandir cobertura com cuidados básicos restritos e seguros focalizados (públicos ou privados), cristalizando iniquidades, ou garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda dos cidadãos, em sistemas públicos universais de saúde, como o SUS. Ou seja, a disputa está entre implementar uma APS seletiva e universalismo básico e a construção de um sistema público universal (SUS) que garante atenção integral, orientado por APS robusta. Essa tem sido uma tensão contínua no processo de consolidação do SUS, com dubiedade na política nacional que, paralelamente à constituição do SUS, incentiva planos privados de saúde com renúncia fiscal. Com a crise política e institucional a partir de 2016, essa disputa se acirra. A proposta ministerial de incentivar com subsídios fiscais "planos populares"

de saúde, a revogação da prioridade da ESF base da construção de redes regionalizadas e a agudização do subfinanciamento crônico do SUS com a Emenda Constitucional nº 95 – que definiu a redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por 20 anos – põem em sério risco a consolidação do SUS.

Não obstante, esta obra de Adriano Maia dos Santos insere-se nesse embate em defesa de um SUS público universal de qualidade. Debruçando-se sobre a experiência de organização da rede assistencial do SUS em uma região de saúde do estado da Bahia, o livro analisa as estratégias político-institucionais para a conformação de redes regionais no estado, discute a posição da ESF no processo de conformação da rede regionalizada e descreve trajetórias assistenciais de usuários na busca por cuidados com suas barreiras e estratégias de acesso. Trata-se de uma análise que informa a identificação de fatores limitantes e facilitadores para integração da rede assistencial e coordenação dos cuidados por equipes de saúde da família.

Resultado do processo de doutoramento do autor no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), o livro traz resultados de pesquisa com base em extenso trabalho de campo e desenho metodológico primoroso, que permitiu análise rigorosa dos achados empíricos, contrastados com a literatura e com elementos teórico-conceituais predefinidos. Para o desenho metodológico da pesquisa, foi construída uma matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde, composta por três níveis da gestão do cuidado identificados na literatura: os níveis político-institucional, organizacional e das práticas de saúde. Em cada nível, foram consideradas, para análise, as dimensões constitutivas de uma rede regionalizada e seus componentes:

- território e população: desenho da rede regionalizada e identificação da população, uso de informações sobre condições de saúde da população para o planejamento;

- governança regional: mecanismos de governança regional, financiamento regional¸ relações público-privadas, participação social;
- centralidade da APS na rede: acesso e porta de entrada preferencial, expansão da oferta de serviços, função de filtro (*gatekeeper*), coordenação, longitudinalidade e continuidade do cuidado, modelo usuário-centrado/acolhimento, orientação para a comunidade, centralidade na família, resolutividade;
- rede de estabelecimento extensa e diversificada: suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada e hospitalar, principal propriedade dos prestadores de serviços de saúde para atenção especializada e hospitalar;
- dispositivos de regulação assistencial regional: sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados, sistema de regulação e controle de leitos e internações, instrumentos para continuidade do cuidado entre os níveis de atenção, fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência;
- sistemas de apoio à atenção: sistemas de informação integrados, sistema de assistência farmacêutica, sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de tecnologias de comunicação;
- sistema logístico: sistema de transporte sanitário, identificação de usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região;
- gestão do trabalho e processos educacionais em saúde para profissionais da ESF: vínculo empregatício dos trabalhadores da ESF, estratégias para atração e fixação dos profissionais de saúde nas equipes na região de saúde e iniciativas de educação permanente.

Essa “matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde”, validada por especialistas com o apoio dos professores integrantes da banca de doutorado, orientou as análises aqui apresentadas sobre a gestão do cuidado na região de saúde de Vitória da Conquista

(Bahia) em seus aspectos político-institucionais, organizacionais e das práticas em saúde. Ressalto, aqui, essa contribuição metodológica da tese de doutoramento, que pode subsidiar outros estudos que pretendam analisar a posição da APS e escrutinar os desafios para constituição de redes regionalizadas com cuidados coordenados pela atenção primária à saúde.

Parabenizo Adriano Maia dos Santos pelo excelente trabalho apresentado neste livro, com análises acuradas e ótima escrita, e expresso a minha alegria em acompanhar sua trajetória como doutorando, docente e, agora, pesquisador qualificado.

Não poderia deixar de agradecer as excelentes contribuições dos integrantes da banca de doutorado, que, já na qualificação do projeto, contribuíram para o aprimoramento do desenho da pesquisa com seus aportes analíticos e metodológicos: Ligia Maria Vieira da Silva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA); Marluce Maria Araújo Assis, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Aluísio Gomes da Silva Junior, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF); e Luciana Dias de Lima, da ENSP/Fiocruz. Importa agradecer também o apoio da bolsa de doutorado-sanduíche da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que possibilitou ampliar horizontes do doutorando e o contraponto da experiência brasileira com a de um serviço nacional de saúde público e universal, com atenção primária de qualidade.

No exercício contínuo da esperança crítica para a construção de um SUS público universal de qualidade que garanta o direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros e residentes no país, sem qualquer discriminação, desejo a Adriano uma excelente trajetória de pesquisador e docente e a todos uma excelente leitura!

Ligia Giovanella
Rio de Janeiro, agosto de 2017.

APRESENTAÇÃO

Quando um livro nasce?

Penso que interrogar tal acontecimento pode ser útil a quem deseja ou precisa escrever livros, teses, dissertações, enfim...

Em dezembro de 2009, em Parati, no Rio de Janeiro, entre ruelas da cidade histórica, já no final do primeiro ano de doutorado, procurava, inquietamente, um objeto de pesquisa para tese. Naquele espaço geográfico, imerso em belezas culturais e naturais, meus sentidos estiveram mais aguçados e, daí, entre os artistas de rua, deparei-me com um que demonstrava suas criações na forma de mandalas. Lembrei-me imediatamente da infância – sempre quis uma mandala, pois gostava do movimento, das transformações, das formas múltiplas que seus fios entrelaçados vão tecendo.

Fiquei hipnotizado e, além de adquirir uma das mandalas, desejei um objeto de pesquisa que permitisse alguma fluidez na escrita e que me desafiasse a querer desvendá-lo. É certo que, mesmo não falando de mandalas, a metáfora do encontro e a fusão com outras referências que estavam em mim foram catalisadoras para a escolha das redes de atenção à saúde como enredo para minha tese de doutorado e, por conseguinte, para este livro.

Mas como chegar a Parati e encontrar a mandala?

Em março de 2009, fui aprovado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e debrucei-me mais detalhadamente sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), em disciplinas cursadas no PPGSP, notadamente Análise comparada de sistemas de saúde na perspectiva da atenção primária; em grupo de estudos no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes); e na análise de dados da pesquisa intitulada "Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos".

O ano de 2009 foi emblemático: residi em novo território, interagindo com novos sujeitos, conhecendo pessoalmente muitas das minhas "referências teóricas" e deslumbrando uma gama de novos conhecimentos, transitando entre experiências acadêmicas e culturais. Pensando bem, morar no Rio de Janeiro e fazer uma tese não é trivial, pois há tanto a descobrir e, simultaneamente, é tão inspirador.

Paralelamente, precisava concentrar-me, pois teria que cumprir todos os créditos do PPGSP, visto que o tempo de afastamento do trabalho – sou professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – foi restrito àquele ano. Desse modo, o elemento cronológico foi o maior desafio enfrentado, mas foi pragmaticamente aproveitado e, assim, consegui concluir os créditos teóricos solicitados ao doutoramento.

Nesse ínterim, encontrar a mandala era uma condição imprescindível para meu retorno à Bahia, mas reconhecê-la foi graças à sinergia de acúmulos teóricos e práticos da minha trajetória, burilados no processo de estudos com minha orientadora. Portanto, até chegar a Parati, tive que transitar por outras estações...

Este livro não é uma ficção. Ou seria?

As referências teóricas apresentadas na Parte I – "Elementos teóricos para compreensão das redes de atenção à saúde" levaram-me a sinalizar que temas comuns – como envelhecimento populacional, crescente necessidade de enfrentamento das condições crônicas, comorbidades, novas modalidades de diagnóstico e terapia, excessiva especialização e subespecialização dos profissionais, demanda por cuidados continuados

e elevados custos na área da saúde – têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados. Em contraposição, a gestão do cuidado integral potencializa a conformação de redes regionalizadas com serviços integrados e cuidados coordenados por equipes de APS.

Revolvendo esse terreno, entendo, inspirado na literatura, que a gestão do cuidado se processa nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas, que articulados podem superar a fragmentação e garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde. Com foco numa rede de atenção regionalizada, este livro analisa as estratégias político-institucionais para a conformação de uma rede regional, discute a posição da ESF no processo de conformação da rede regionalizada, descreve os fluxos e contrafluxos (formais e reais) de usuários; discute e identifica os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de saúde da família.

Na Parte II – "Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários", recuperei, ainda que brevemente, elementos históricos da organização das regiões administrativas e sanitárias, na busca de esclarecer e identificar os fios que vão tecendo as redes de atenção à saúde e desembocam no que temos atualmente no estado.

Por se tratar de um livro, as descrições e detalhamentos metodológicos foram suprimidos para garantir maior fluidez, mas podem ser resgatados na própria tese ou nos artigos que se desdobraram da investigação. Ainda assim, cabe aqui anunciar que as fontes de informação foram entrevistas semiestruturadas com 17 gestores (aproximadamente 22 horas de entrevistas), quatro grupos focais com trabalhadores da saúde (aproximadamente seis horas de gravação), quatro grupos focais com usuários (aproximadamente cinco horas de registro de áudio), um grupo focal com apoiadores institucionais (uma hora e meia de registro), documentos, além de observações nos serviços de saúde em quatro

municípios e nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) (sete encontros).

A construção dos dados verteu numa confluência de narrativas que descrevem as experiências vivenciadas pelos sujeitos. Por esse delta de evidências, a Parte III – "Gestão, organização e práticas em redes de atenção à saúde" é apresentada em três capítulos. Exatamente nessa parte do livro, optei por trazer estratos dos discursos, selecionados entre tantos, para ilustrar os enredos e a mandala que se expressa com diferentes modelagens nas redes regionalizadas de atenção à saúde. Os trechos das falas não têm a intenção de verdade, nem falam por si, pois há necessidade de interpretação, confronto teórico e rigor metodológico para superar a descrição. Neste livro, contudo, dei ênfase na exposição das narrativas, pois quis vocalizar as sutilizas dos sujeitos, entendendo-as como falas fortes, ilustrativas e desveladoras deste território.

Por isso, convido os leitores a uma paragem nos fragmentos e que, assim, façam novas interpretações, dialoguem com os sujeitos e inquietem-se com os desvelamentos. Os discursos são reais? Os estratos de fala são abstrações dos entrevistados? Trata-se de uma ficção? Qual meu lugar nessa rede? Qual movimento e forma eu imprimo nessa mandala? Finalmente, qual minha responsabilidade nisso tudo?

Nesta perspectiva, a miríade de dados empíricos indicou que o principal instrumento de governança regional era a CIR, mas que a baixa autonomia dos secretários de saúde em relação ao Executivo municipal representava uma barreira às decisões colegiadas. Além disso, a permeabilidade aos interesses privados e as interferências político-partidárias nas práticas profissionais, no comportamento de algumas instituições e nos fluxos assistenciais contrariavam a possibilidade de construção de redes solidárias, com integração dos serviços e coordenação do cuidado. Isso porque desconsideravam os fluxos pactuados formalmente e criavam circuitos paralelos, transformando o direito à saúde em mercadoria e troca de favores. A APS não ocupava centralidade na rede, evidenciando-se desafios à prestação de serviço de primeiro contato e limites ao

acesso regular dos usuários, decorrentes de processos de trabalho centrado no médico e serviços "sem médico". Ao lado disso, a gestão do cuidado na rede era prejudicada pela insuficiência na oferta de serviços especializados e pela integração comunicacional incipiente entre os níveis assistenciais.

Além disso, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) mostrava-se com limites decorrentes da defasagem do financiamento e não lograva reverter os vazios assistenciais, expondo as equipes de APS a dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos. A ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de APS e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede e o uso limitado de protocolos clínicos restringiam o contato entre profissionais, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes serviços.

Por fim, na Parte IV – "Linha de chegada e algumas considerações", estabeleço uma parada provisória, pois esse mosaico de problemas parece partilhar, entre outras gêneses, da indefinição de um modelo de atenção coerente para gestão do cuidado integral nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de saúde. Por isso, toda essa problemática depõe contra a coordenação e expõe uma gestão do cuidado inadequada. No entanto, não se trata de um jogo perdido. Os casos exemplares ficam diluídos no emaranhado de problemas e tornam invisíveis os sujeitos (e suas práticas) que estão comprometidos com a gestão do cuidado; porém, eles existem e estão produzindo linhas de fuga e modelando, nos interstícios da rede, novas tessituras.

Adriano Maia dos Santos
Vitória da Conquista, maio de 2018.

INTRODUÇÃO

A garantia da saúde para todos os cidadãos, corporificada na Constituição Federal de 1988, consubstancia-se num cenário de ampliação dos direitos sociais, sendo, portanto, uma política de Estado, visando à expansão e à universalização do sistema de proteção social, na perspectiva de conformação de um estado de bem-estar social no Brasil, sustentado na seguridade social, que impacta na construção da própria sociedade, primando pela justiça social. O Estado de bem-estar social (*welfare state*) conforma-se a partir das especificidades de cada lugar como produto de uma situação histórica, ou seja, trata-se de um fenômeno dinâmico. Neste livro, entende-se o Estado de bem-estar social de perfil institucional redistributivo (DRAIBE, 1989), tendo como alicerce a justiça social baseada no ideal de igualdade de resultados, garantido mediante políticas públicas amplas e universais.

A modelagem das políticas sociais, no caso específico da saúde, responde o quanto "[...] a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população" (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 90), definindo os componentes e a dinâmica do sistema num dado contexto histórico, político, econômico e cultural em cada país. No Brasil, as políticas de saúde para garantia do cuidado individual e coletivo conformam-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturadas pelo compartilhamento de responsabilidades entre

as três esferas da federação (União, estados e municípios), devendo ser mediada pela participação e controle social. (BRASIL, 1990a, 1990b)

O sistema nacional de saúde brasileiro assume, constitucionalmente, uma concepção ampliada da saúde enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e uma obrigação do Estado. Para tanto, o SUS é balizado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas de formulação e implementação de estratégias que incidem na organização da rede de atenção à saúde. Os princípios e diretrizes instaurados na Constituição de 1988, no Artigo 198 e no capítulo II da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/90, estabelecem a universalidade, a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a participação da comunidade, a descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990a) como dispositivos legais para materialização do sistema público de saúde, sendo regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (BRASIL, 2011a)

Nessa seara, os princípios e diretrizes vêm paulatinamente se delineando dentro das políticas de saúde, mas de modo assimétrico e em ritmos descompassados, imprimindo permanentes desafios à gestão do SUS, porquanto, "alguns destes princípios são mais visíveis, como a descentralização e a universalidade; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até aqui". (GIOVANELLA et al., 2002, p. 39)

Por essa óptica, tem-se produzido inúmeros ensaios teóricos e pesquisas[1] a respeito das dimensões, sentidos e fronteiras intrínsecos ao princípio da integralidade, ao cuidado e à gestão em redes de saúde, com uma gama de perspectivas que buscam delinear categorias analíticas que iluminem e deem suporte às pesquisas empíricas. Para Silva Júnior

1 Pesquisadores do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com a colaboração de inúmeros pesquisadores de outras instituições, têm produzido uma vasta coletânea com estudos que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, cuidado e gestão em redes, repensando a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras.

e colaboradores (2006, p. 65), "a integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade".

Revolvendo esse terreno, Cecílio (2009) propõe a análise da integralidade sob as lentes da gestão do cuidado. Para tanto, o autor compreende que a gestão do cuidado comporta três dimensões: uma dimensão profissional, uma organizacional e uma sistêmica. A primeira refere-se ao processo de trabalho em saúde na esfera do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde, ou seja,

> a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse 'outro' (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu 'núcleo' de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente. (CECÍLIO, 2009, p. 548)

A dimensão seguinte corresponde ao componente institucional das práticas, referindo-se ao nível das relações entre os diferentes profissionais e as tecnologias disponíveis para operacionalizar o cuidado em saúde, tratando-se de uma dimensão que resulta dos vários processos de trabalho da dimensão profissional que estão interagindo e estabelecendo novos fluxos na produção do cuidado. Ambas correspondem à micropolítica do trabalho em saúde. A dimensão sistêmica, por sua vez, engloba as anteriores e representa o modelo de atenção à saúde operacionalizado na prática. Sendo assim, diz respeito à gestão da rede de cuidados que se dá num determinado território (municipal ou regional), imprescindível para garantia da integralidade à saúde, circunscrita à macropolítica de saúde. Por fim, salienta-se que o autor defende a corresponsabilidade na operacionalização do cuidado, por isso compreende os diferentes encontros e os distintos *loci* envolvidos como espaços de gestão.

As considerações de Cecílio (2009) guardam estreita relação com os sentidos de integralidade analisados por Mattos (2009a), que reconhece pelo menos três conjuntos de sentidos para a integralidade: como um atributo das próprias práticas (relação profissional-usuário), como um modo de organização do trabalho nos serviços de saúde e como um atributo das políticas. As dimensões da gestão do cuidado, por esse prisma, têm a mesma equivalência dos sentidos da integralidade.

A complexidade do tema também foi analisada por Giovanella e colaboradores (2002), quando se debruçaram para produzir uma metodologia para avaliar o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas municipais, buscando uma interlocução entre o campo da avaliação de políticas e avaliação de serviços. Os autores sistematizaram a integralidade em quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e família.

Agrupando-se essas dimensões articuladas à gestão do cuidado, tem-se que as três primeiras correspondem à dimensão sistêmica da gestão do cuidado. Dessa forma, relacionam-se ao campo de intervenção na política, na organização do sistema e na gestão, enquanto que a derradeira dimensão equivale à gestão organizacional e profissional do cuidado, respondendo ao modo de organização dos serviços e atributo das práticas.

Outro olhar para a organização das práticas em saúde foi apontado por Teixeira (2003), ao analisar os modelos de atenção à saúde e suas combinações política, tecnológica e organizacional. A autora buscou a identificação dos traços principais, fundamentos, lógicas e racionalidades ao sistematizar três dimensões: uma político-gerencial, relacionada à reorganização das ações e serviços; uma organizativa, relacionada às unidades de prestação de serviço; e uma técnico-assistencial ou operacional, relacionada aos sujeitos da prática, aos objetos de trabalho e às tecnologias que medeiam o trabalho em saúde.

As dimensões sugeridas por Teixeira (2003) congregam os elementos (ações e estrutura) necessários para compreensão das distintas organizações dos serviços e, por sua vez, convergem com as dimensões da gestão do cuidado, os sentidos e dimensões da integralidade apontados por Cecílio (2009), Mattos (2009a) e Giovanella e colaboradores (2002), respectivamente. Tais congruências foram reunidas na Figura 1.

Figura 1 – Dimensões da gestão do cuidado em saúde e seus equivalentes teóricos

Fonte: elaborada pelo autor com base em Cecílio (2009), Giovanella e colaboradores (2002), Mattos (2009a) e Teixeira (2003).

A materialização da rede de saúde por meio da gestão do cuidado em suas três dimensões (sistêmica, organizacional e profissional) exige o imbricamento das agendas dos distintos entes nacionais de maneira cooperada, articulando os distintos sujeitos que produzem a integralidade no cotidiano (gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços). Esse fato que traz enormes desafios teóricos e práticos para constituição de uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nessa perspectiva, adotou-se que a gestão do cuidado, enquanto imagem-objetivo, consubstancia-se em redes de atenção à saúde num determinado território, conformando uma malha tecida por diferentes sujeitos e seus distintos projetos terapêuticos, que, por sua vez, estampam serviços de saúde integrados e com cuidados coordenados.

A gestão do cuidado na rede regionalizada de serviços de saúde, nessa concepção, modela a seguinte imagem-objetivo: que formuladores de políticas, gestores, trabalhadores da saúde e usuários articulem-se em diferentes espaços para resolver os problemas de saúde, utilizando a tecnologia mais adequada, no lugar e no tempo certo para produção do cuidado. A gestão do cuidado, portanto, requer interdependência e cooperação (integração) entre os sujeitos e entre as instituições, que devem defender a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos (universalidade), em todas as fases da vida e ao longo do tempo, compartilhando os projetos terapêuticos (coordenação) e tendo o usuário como centro do cuidado.

Desse modo, requer uma gestão democrática, com valorização dos trabalhadores, inserindo-os em processos de aprendizagem permanente (gestão do trabalho) que apoiem práticas individuais e coletivas responsáveis com os itinerários terapêuticos dos usuários e as linhas de produção do cuidado (continuidade), possibilitando a construção de vínculos de confiança (longitudinalidade) e coeficientes de autonomia. Por fim, compreende-se que os profissionais mais adequados para coordenação dos cuidados em rede regionalizada devem estar em equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), como centro de comunicação/articulação entre diferentes pontos da rede, funcionando de portas abertas às necessidades episódicas e regulares (porta de entrada preferencial), às demandas explícitas, bem como as que requerem investigação e vigilância, direcionadas às famílias no seu cotidiano.

Por esse ângulo, as argumentações apontam para uma problemática: a complexidade que compreende a gestão do cuidado e as profundas heterogeneidades dos municípios implicam possibilidades e limites para

que os profissionais de APS sejam os coordenadores do cuidado em redes regionalizadas. Além disso, interroga-se a pertinência e a possibilidade concreta de coordenação das redes de serviços de saúde pela APS em sistemas regionalizados. Desse modo, a resposta não é inequívoca, além de que as características e condições da APS nos municípios são tão diversas que requerem investigações em busca de evidências que afirmem ou sinalizem outros arranjos possíveis e necessários para gestão e produção do cuidado.

PARTE I

ELEMENTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Capítulo I

COMPONENTES ESTRATÉGICOS DA REGIONALIZAÇÃO PARA GESTÃO DO CUIDADO EM REDES DE ATENÇÃO

A descentralização é um fenômeno global que ganhou impulso no Brasil a partir da década de 1990 e, em certa medida, nas políticas do setor saúde, ampliou a cobertura e favoreceu o acesso da população a serviços e ações de saúde, mobilizou a organização dos serviços baseados em problemas de interesse local e na incorporação de novos atores sociais, além de viabilizar uma maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional. (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004) Apesar disso, a descentralização esbarra na assimetria financeira e gestora dos distintos níveis de governo, bem como na permeabilidade das instituições de saúde à democracia, impondo constrangimentos que mitigam a potência dos demais princípios e diretrizes do SUS e complexificam a consolidação de uma política nacional de saúde, cujo modelo federativo é trino, sem uma vinculação hierárquica entre os entes (União, estados e municípios), reforçando, muitas vezes, a competição frente à cooperação. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001)

Essa problemática é debatida por Campos (2006), ao argumentar que o desenho forjado pela descentralização da política de saúde brasileira concebeu um sistema peculiar, no qual a responsabilidade pela organização e gestão local é do município (menor instância com poder formal na República), diferindo, por exemplo, do caráter nacional inglês, português e cubano ou o provincial canadense e o autônomo espanhol. Todavia, a descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e diretrizes do SUS, criando até mesmo efeitos paradoxais. Por um lado, responde ao valor ético-político almejado pelo espírito democrático ao possibilitar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social; por outro, as forças geradas pela descentralização podem produzir um funcionamento autárquico, potencializando a indesejável fragmentação do sistema, "gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes". (CAMPOS, 2006, p. 427)

Algumas evidências – a partir da análise de implantação da descentralização na gestão do SUS em cinco municípios da Bahia, selecionadas como "casos exemplares" (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007) – revelaram aspectos positivos, como a ampliação da cobertura assistencial de ações básicas e a ampliação do acesso a serviços de média e alta densidade tecnológica; porém, muito mais atrelados à indução ministerial que relacionados à ação local, sugerindo limites na capacidade propositiva municipal ou insuficiência técnica. Além disso, apesar do grau avançado de descentralização da "gestão plena do sistema", constataram-se muitas heterogeneidades entre os municípios investigados, não significando "melhorias automáticas na gestão, na organização das práticas e nos seus efeitos", ou seja, "a descentralização em si, não foi capaz de assegurar mudanças nos sistemas locais de saúde". (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007, p. 366)

Por esse prisma, as disparidades entre os municípios por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, além da complexidade de demandas e

necessidades da população, evidenciam uma série de problemas cujo enfrentamento transpõe o território municipal, posto que "o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais". (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004, p. 287) Com efeito, expõe a necessidade de articulações intermunicipais que abram espaço para "[...] a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes" (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 11), conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização à necessidade de integração solidária.

Para Fleury e Ouverney (2007), a proliferação de redes gestoras de políticas públicas é um fenômeno mundial, sobretudo no campo das políticas sociais, num cenário de adensamentos do tecido social resultante dos processos de descentralização e democratização nas sociedades latino-americanas. A gestão de redes tenta responder à complexidade de problemas que envolvem múltiplos atores sociais em estruturas policêntricas, que interagem para permitir maior flexibilidade, integração e interdependência, "onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, bem como uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã". (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 10)

A gestão do cuidado em rede regionalizada, na perspectiva de um sistema integrado, é vital no cerne de uma política social como o SUS, haja vista o conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade gestora de apenas um ente subnacional, ou seja, pauta-se na necessidade de um sistema articulado, interdependente e cooperativo, tendo "[...] múltiplas dimensões de integração entre diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos". (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332)

Tal reconhecimento foi traduzido na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) como uma das diretrizes organizacionais do SUS – a regionalização – e foi sendo atualizado, não necessariamente priorizado, a cada nova Norma Operacional Básica (NOB), num misto de avanços e

contradições. (SANTOS; ANDRADE, 2007) Assim, as NOB regularam e orientaram a descentralização e, em certa medida, permitiram um insulamento da regionalização. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) Porquanto, em países europeus, as agendas de descentralização e regionalização caminharam articulando-se; enquanto nos países latino-americanos, inclusive no Brasil, houve agendas distintas entre elas, com maior destaque para a descentralização. Sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano. (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

Todas essas questões, sobretudo o atraso da regionalização no SUS, arrefeceram a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas por recursos entre os municípios, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Nessa seara, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, no final da década de 1990, em milhares de sistemas locais isolados, muito dos quais sem capacidade de gestão do cuidado em todas as dimensões para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VIANA et al., 2008; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

Somente no início dos anos 2000, foram estabelecidas as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), reatualizando o tema "regionalização" na agenda dos gestores do SUS, além de resgatar o papel dos estados na condução desse processo. (LIMA et al., 2010; VIANA et al., 2008) Entretanto, manteve as prioridades da população, em cada município, como princípios organizadores da oferta dos serviços de referência, na lógica da territorialidade. (GIOVANELLA et al., 2002)

Uma das ferramentas propostas pela Noas foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob responsabilidade do gestor estadual, para

ordenamento do processo de regionalização em cada unidade federativa. Tal dispositivo deveria viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, sendo disponibilizada a tecnologia mais adequada para resolver os problemas de saúde no município de residência ou mediante programações intermunicipais. Além do PDR, foram propostos o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a própria Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos para planejamento e operacionalização da regionalização. Contudo, apesar de estimular o planejamento regional na esfera estadual, a Noas foi criticada pela excessiva normatização e rigidez das suas ferramentas para implementação da gestão do cuidado em redes. Além disso, não logrou superar a competição entre os municípios, nem avançou na questão da governança regional. (NASCIMENTO, 2007; VIANA et al., 2008; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, posto que, intrinsecamente, é derivada dos princípios de universalidade e equidade. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010) Não obstante, a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportunos, em qualquer parte do território, guiada por uma racionalidade sistêmica que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição dos diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

Em cenários concretos, estudos sobre a regionalização evidenciam as dificuldades na consolidação de um "governo regional" diante da insuficiência no financiamento, das frágeis políticas de gestão do trabalho e de constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera. (LOPES, 2010) Além disso, influência e interferência do setor privado no SUS em todo processo de regionalização (COELHO, 2011), bem como conflito e disputa entre gestores à revelia da discussão regional (IANNI et al., 2012), comprometem a coesão intermunicipal para integração de

serviços. Destaca-se, por sua vez, o papel estratégico do gestor estadual na indução da regionalização (PEREIRA, 2009) e a constituição de colegiados regionais. (LOPES, 2010) Essas pesquisas revelam que, em contraposição à imagem-objetivo que modela os ganhos com a regionalização, sua implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos.

O Ministério da Saúde, buscando superar esses limites, publicou a Portaria 399GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla as Diretrizes do Pacto pela Saúde (pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS), com a qual sugere novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS. O referido documento propõe mudanças significativas para a execução do SUS, retomando a regionalização como diretriz fulcral nas políticas de gestão do cuidado à saúde nos territórios. Para tanto, revisita e atualiza os instrumentos experimentados na Noas (PDR,[2] PDI[3] e PPI[4]), alicerçando-os num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os três entes federados, substituindo o processo de habilitação por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão. Desse modo, também constitui espaços regionais de planejamento e cogestão,

2 O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização, a racionalização de gastos e otimização de recursos. (BRASIL, 2006a, p. 18)

3 O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na Atenção Básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. (BRASIL, 2006a, p. 18)

4 PPI é um processo instituído no âmbito do SUS, em que, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2006b, p. 13)

representados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), num processo de "regionalização viva". (BRASIL, 2006a, 2007)

Os documentos do Pacto pela Saúde orientam para a constituição de Regiões de Saúde tendo como ponto de partida o PDR, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Para tanto, destacam o papel coordenador do Estado, a importância do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e dos CGR como espaços de articulação dos gestores municipais. Estes devem propor o desenho da Região de Saúde com baliza nas identidades culturais, econômicas e sociais, assim como na distribuição da infraestrutura, comunicação, transporte e saúde, visando garantir amplo acesso e promovendo a equidade e a integralidade do cuidado. Por sua vez, a depender das características geopolíticas, as Regiões de Saúde podem ser intramunicipais, intraestaduais, intermunicipais, interestaduais e fronteiriças. (BRASIL, 2007, 2009)

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), os CGR foram a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, "com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de 'vazio' de governança regional". (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2320)

De modo intrigante, percebe-se que, no processo de regionalização previsto pelo Pacto pela Saúde, há o esmaecimento do papel coordenador das equipes de APS na rede de cuidados. Apesar de todo o discurso em defesa de reformas pró-coordenação apoiadas na APS, a integração das redes regionalizadas pouco prevê mecanismos que a legitimem como coordenadora de cuidados na rede intermunicipal. Sendo assim, o profissional de APS configura-se como coordenador restrito; quando muito, ao espaço intramunicipal. Ou seja: quanto mais o município necessitar de outros entes federados para prestação de serviços de saúde, mas frágil

será a coordenação do cuidado por equipes, comprometendo, inclusive, os atributos da APS.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O *STATUS* DA APS

A organização de redes de atenção à saúde sustenta-se na necessidade de responder às demandas complexas de saúde dos brasileiros, que envolvem uma tripla carga de doenças manifestada em condições agudas – que carecem de respostas rápidas e reativas –, condições crônicas e doenças transmissíveis de curso longo, que, por sua vez, precisam de cuidados prolongados e contínuos, além de problemas relacionados à pobreza, ao estilo de vida e aos agravos decorrentes das causas externas, que necessitam de intervenções intersetoriais. (BRASIL, 2010; MENDES, 2010)

A defesa de um sistema de saúde organizado em redes justifica-se por existir um rompimento na coerência entre a situação de saúde da população, nos quesitos demográficos e epidemiológicos, e as respostas de enfrentamento apresentadas pelos modelos de atenção à saúde em escala global, que estão "[...] voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas" (MENDES, 2010, p. 2299), resultando em sistemas fragmentados. Além disso, mesmo a fragmentação não pode ser compreendida como um fenômeno possível de apreensão e de natureza única, pois, na prática, apresenta-se com distintas nuances, a depender do amadurecimento político-institucional, bem como da estrutura analisada.

A necessidade de superação de problemas oriundos da fragmentação deu origem às propostas de redes de atenção à saúde, que, numa vertente mais instrumental – ou seja, na perspectiva da estrutura da organização de serviços –, ancoram-se na literatura e no debate internacional sob o manto genérico dos sistemas integrados (*integrated care*). Outrossim, tal perspectiva representa modelagens diversificadas que se assemelham nas estratégias utilizadas e nos arranjos organizacionais resultantes, mas que se distinguem no campo ideológico, a depender da natureza do

sistema de proteção social (KUSCHNIR; CHORNY, 2010), e, sobretudo, dos sujeitos (*stakeholders*) envolvidos no contexto, que, por sua vez, desafiam toda racionalidade gerencial contemporânea. (CAMPOS, 2000, 2009, 2010a)

Por essa óptica, as redes de atenção à saúde

> são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2008, p. 6)

As redes de atenção à saúde podem, grosso modo, ser compreendidas segundo três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

Para Mendes (2010), a população é o elemento central da rede; portanto, suas necessidades sociossanitárias devem ser conhecidas e mapeadas na forma de territórios sanitários (território-processo), sob a responsabilidade da APS. A estrutura operacional, segundo elemento das redes, é representada por cinco componentes: 1) APS (o centro de comunicação); 2) outros níveis de densidade tecnológica (secundário e terciário); 3) os sistemas de apoio; 4) os sistemas logísticos; e 5) o sistema de governança. Por fim, o modelo de atenção, terceiro elemento, é a racionalidade sistêmica que estampa a modelagem da rede, incidindo e sendo incidida dialeticamente nos/pelos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

Para compreensação apurada de redes de atenção, entende-se que o debate em torno da presença concreta dos sujeitos precisa estar em primeiro plano, pois são as pessoas em ato que materializam as redes de serviços de saúde, na prática cotidiana da micropolítica do trabalho em

saúde e nos itinerários terapêuticos. Porquanto, como advertem Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 334):

> sobre a natureza do objeto 'rede', uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos.

O desafio de pensar redes é concebê-las como espaços de produção coletiva, no sentido de admitir que se tratam da gestão do trabalho em equipe e que, portanto, desdobram-se na produção de coisas (bens de uso) e de pessoas (rede de relações). Nessa perspectiva, pensar em redes de cuidado à saúde requer abrir-se para gestões democráticas (cogestões), o que implica algumas funções básicas:

> uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a construção de sujeitos. (CAMPOS, 2000, p. 14)

O enfoque na construção de redes com serviços integrados e cuidados coordenados assenta, nas equipes de APS, o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde nos interstícios da rede por meio da gestão clínica. Por essa óptica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) recomendam a construção de sistemas de saúde com base na APS, numa perspectiva abrangente e renovada, explicitando os valores, princípios e elementos centrais que caracterizam e justificam tal defesa. Além disso, apontam caminhos, a partir de evidências e revisão de literatura internacional, que substanciam o debate e permitem cunhar um conceito/abordagem sobre APS

abrangente e renovada, buscando distingui-la de outras interpretações correntes. (OPAS, 2008; OPS, 2009; WHO, 2008b)

A busca por esclarecer os conceitos e abordagens para APS (*Primary Health Care*) sustenta-se no fato de que não há um consenso e que, portanto, existe diversidade de interpretações e concepções em sua implementação nas políticas de saúde ao redor do mundo. Fazendo-se um resgate histórico, encontra-se que a *Declaração de Alma-Ata*, em 1978, com o *slogan* "Saúde para Todos no Ano 2000" (*Health for All in the Year 2000*), abarcou três ideias-chave: uso de tecnologia apropriada, oposição a uma medicina elitista e a concepção de saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico. (CUETO, 2004)

Tal compreensão apresenta uma concepção abrangente da APS, situando-a centralmente no sistema de saúde, portando atributos que a elegem enquanto estratégia para o desenvolvimento social, defendendo uma racionalidade no uso das tecnologias disponíveis e devendo ser apropriadas e socialmente aceitáveis. Além disso, advoga por uma APS de acesso universal, localizada próximo dos territórios onde vivem as pessoas, representando o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, aliando o conhecimento científico às práticas tradicionais, mediada pela participação da comunidade. Dessa forma, proporciona serviços de proteção, cura e reabilitação, apoiando-se em sistemas de referência integrados, conforme a necessidade das pessoas, articulando-se, ainda, com outros setores para desenvolvimento nacional e comunitário. (DECLARACIÓN..., 2002)

Segundo Tejada-de-Rivero (2003, p. 4-7), por conta da abrangência da *Declaração de Alma-Ata*, agências internacionais criticaram-na ao alegar que se trata de um documento pouco propositivo, impingindo releitura e ajustamento da APS bem distantes das intenções originais, com direcionamento tecnocrático "confundido como um simples conceito de programação, mais técnico que social e mais burocrático que político", além de uma "distorção entre saúde e tratamentos médicos curativos focados em poucas doenças inexplicavelmente, ainda,

prevalentes". Tais formulações difundiram-se, conformando uma APS seletiva (*selective primary health care*), direcionada a questões pontuais, centrada no binômio materno-infantil, em doenças transmissíveis e agudas, simplificação das práticas direcionadas a populações carentes, gestão centralizada, falta de integração com uma rede de cuidados, investimentos em programas verticais e práticas programáticas, restringindo-se a uma cesta de serviços básicos selecionados e de baixo custo. (CUETO, 2004; TEJADA-DE-RIVERO, 2003)

Paralelamente ao esvaziamento das ações de implementação da APS, especialmente em países em desenvolvimento, a concepção abrangente da APS, cunhada durante Alma-Ata, continuou servindo de mote para diferentes movimentos sociais, possibilitando que as lutas pela ampliação dos direitos sociais não esmaecessem. Nesse âmbito, essas ações congregaram esforços na busca do reconhecimento da saúde enquanto direito humano, mediante governos que garantissem aportes financeiros adequados e com compromisso com a justiça social. Alguns desses movimentos foram alavancados por agências internacionais, como a OMS e a Opas, no que ficou conhecido como "renovação da APS". (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Assim sendo, entre os argumentos para renovação da APS, destacam-se os novos desafios epidemiológicos, a necessidade de correção dos pontos fracos e das inconsistências na proposta original, o desenvolvimento de novas ferramentas e novos conhecimentos, o aproveitamento das experiências acumuladas de práticas exitosas e o reconhecimento da potência transformadora da APS para superar as causas geradoras de saúde precária e iniquidade. (MACINKO et al., 2007; OPAS, 2008)

Revolvendo esse terreno conceitual, Vuori (1984) apontou quatro interpretações correntes para APS, que permanecem bastante apropriadas e atuais: APS como um conjunto de atividades; APS como um nível de atenção; APS como uma estratégia de organização dos cuidados em saúde; e APS como uma filosofia. Em um contexto mais contemporâneo, Giovanella e Mendonça (2012) e Mendes (1999) identificam três

linhas principais de interpretação para APS, que coadunam as ideias de Vuori (1984): 1) como atenção focalizada e seletiva, com provisão restrita de serviços para grupos específicos; 2) como primeiro nível de atenção em sistemas universais, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública; 3) estratégia de reordenamento do setor saúde de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, para toda a sociedade.

Uma APS como cesta básica de serviços caracteriza as experiências, de modo geral, nos países em desenvolvimento, enquanto que, na Europa, a APS refere-se, grosso modo, aos serviços de primeiro contato, integrados a uma rede de serviços. Dessa forma, funciona como porta de entrada obrigatória (*gatekeeping*) e centrada em práticas médicas (*general practioners* – GP), correspondendo a serviços ambulatoriais não especializados e enfatizando a clínica e os cuidados individuais. Portanto, "[...] não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde". (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 508)

No percurso desse debate, torna-se crucial e complexo identificar quais elementos definem uma APS abrangente, bem como reconhecer quais os requisitos fundamentais para que a APS seja eleita como estratégia prioritária nas políticas de saúde. Enfim, se existem aspectos que podem ser captados acerca da natureza da APS ou quais fenômenos são desdobramentos da existência de sistemas de saúde alicerçados na APS. Assim, Starfield (2002) pondera que, mesmo a APS oferecendo o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde, as definições gerais são insuficientes para avaliar se um dado sistema merece a descrição de APS, requerendo, para tanto, maior especificidade dos pesquisadores para o estabelecimento de metas e aperfeiçoamento contínuo em sua realização.

Trilhando por essa seara, Starfield (2002) realizou uma extensa revisão acerca das tentativas de inúmeros estudos para definir uma abordagem para medição (capacidade e desempenho) da APS de alta qualidade no contexto dos sistemas de saúde. A autora desenvolveu, a partir de avaliações em países desenvolvidos, uma definição para a APS sustentada por meio de funções que, combinadas, são peculiares à APS: serviço de primeiro contato centrado na pessoa e não na enfermidade; cuidado ao longo do tempo; atenção a todos os casos; e coordenação e integração à atenção provida por outros parceiros do sistema (quando a APS não pode resolver). Destacou, ainda, outras características que a APS compartilha com os demais níveis do sistema, mas que, ainda que imprescindíveis à APS, não são distintivas: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe. Declara, também, que a APS "é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde". (STARFIELD, 2002, p. 28)

A partir dos esforços de Starfield (2002), inúmeros autores têm buscado delimitar os atributos essenciais da APS e refinar as pesquisas avaliativas, apostando nos seguintes componentes: ponto de primeiro contato dentro do sistema de atenção à saúde (*first contact/gatekeeper*), longitudinalidade, vínculo e continuidade relacional do cuidado (*longitudinality*), abrangência e integralidade (*comprehensiveness*), coordenação do cuidado com serviços integrados (*coordination*), orientação para a comunidade, centralidade na família (*family and/or community orientation*) e competência cultural. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003) Outras contribuições têm agregado novos elementos à proposta original por meio de pesquisa para adaptar, validar e aplicar uma Ferramenta de Avaliação da APS (*Primary Care Assessment Tool* – PCAT), acrescentando a acessibilidade e formação profissional entre as suas dimensões essenciais (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003); aplicação do PCAT na avaliação da

produção do cuidado em diferentes cidades na Bahia, agregando acesso, acolhimento e resolubilidade entre as dimensões de análise dos atributos da APS (ASSIS et al., 2010), e revisão sistemática das dimensões centrais da APS, desvelando seus atributos na estrutura – governança, condições econômicas e formação das equipes de trabalho no processo –, acesso, continuidade, coordenação e integralidade e nos resultados – qualidade, eficiência e equidade na saúde, definindo a APS enquanto sistema multidimensional. (KRINGOS et al., 2010)

Retomando o enfoque inicial, percebe-se que o debate em torno das redes de atenção à saúde centraliza o *status* da APS como articuladora entre os diferentes componentes do sistema, sem explicitar como se daria essa função. Mendes (2010), por exemplo, destaca a APS como componente-chave na organização das redes de atenção à saúde, colocando-a como o centro de comunicação. Sendo assim, cabe à equipe de APS coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema, ser resolutiva – solução de 85% dos problemas da população, acolher e responsabilizar-se pelas demandas da população –, com potência para coordenar o cuidado continuado, por meio do encadeamento adequado dos demais componentes da rede.

Tal incumbência e *status* delegados à APS requerem a mobilização dos seus atributos simultaneamente para darem conta de responder ao complexo desafio da gestão do cuidado em uma rede regionalizada de atenção à saúde. Além disso, as redes de atenção à saúde, no Brasil, têm peculiaridades oriundas da configuração institucional do SUS – estrutura decisória e de gestão –, da base de financiamento, além das singularidades da APS no país e das concepções teóricas acerca dos seus atributos, colocando essa questão muito mais no campo do desejo do que em uma realidade consubstanciada na prática.

Esses pontos foram levantados também por Testa (1992), quando afirma não ser possível considerar a APS como um conceito totalizante, pois é dependente do contexto do sistema de saúde em que está inserida. Nesse sentido, a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde,

resolvendo os problemas possíveis e orientando os demais para outros níveis.

> isso implica uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema; também implica um ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinarmente, às normas de ingresso e circulação. (TESTA, 1992, p. 161)

Esse autor alerta que países que não lograram atrelar a APS a uma rede regionalizada produziram uma atenção "primitiva" de saúde, com serviços de segunda categoria, constrangendo o direito de cidadania.

Em 2009, o documento *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en La Atención Primaria de Salud* (OPS, 2009), resultado de consultas em países da América Latina e Caribe realizadas pela Opas, abordou a problemática da fragmentação dos sistemas de saúde, bem como validou a proposta da Opas de Redes Integradas de Serviços de Saúde nas Américas.

Por sua vez, ainda que reconheça a diversidade de contextos entre os diferentes países e a necessidade de adaptação das propostas às questões locorregionais, a partir de evidências, a Opas apontou 13 atributos essenciais, ainda que genéricos, ao funcionamento adequado das redes de atenção à saúde:

1. territorialização e adscrição, com amplo conhecimento das necessidades e preferências da população;
2. rede de estabelecimentos de saúde extensa, diversificada (distintas densidades tecnológicas) e integrada, capaz de atender as diferentes demandas sociais de saúde;
3. APS atuando como porta de entrada do sistema, composta por equipe multidisciplinar, integrando e coordenando a atenção à saúde e satisfazendo a maior parte das necessidades de saúde;

4. serviços especializados ofertados em local adequado;
5. existência de coordenação dos cuidados longitudinalmente;
6. atenção à saúde centrada na pessoa, família e comunidade, atenta às singularidades e à diversidade da população;
7. sistema de governança única para toda a rede;
8. ampla participação social;
9. gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. política de gestão do trabalho em saúde para a rede;
11. sistema de informação integrado e compartilhado;
12. financiamento adequado; e
13. ação intersetorial e equidade.

Tais argumentos conclamam por uma análise acerca da estratégia de gestão do cuidado em redes de atenção à saúde no Brasil. No cenário nacional, discutir gestão de redes de atenção à saúde requer refletir o modelo de proteção social que se deseja e que se está disposto a construir. (CAMPOS, 2007) Sendo assim, há um componente ideológico para além dos componentes técnico-metodológicos, ou seja, reconhecem-se os elementos estruturantes para existência da rede, mas questionam-se os desdobramentos a partir dos sujeitos concretos que a materializam na prática social.

APS COMO COORDENADORA DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A APS, no Brasil, é denominada correntemente, na literatura e nos documentos oficiais, como Atenção Básica à Saúde (ABS). A justificativa para a adaptação do termo deveu-se à tentativa de afastamento das práticas em APS seletivas apoiadas por agências internacionais e disseminadas nos países em desenvolvimento ou com enfoque centrado em procedimentos

médicos (comuns à Europa). (GIOVANELLA, 2008; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009) No primeiro momento, a ABS,

> [...] além de referir apenas o primeiro nível sem apontar a integração ao sistema de saúde, não implicava em um modelo assistencial diferenciado, [mantendo-se a atenção calcada, muitas vezes, apenas] na resposta ao pronto-atendimento da demanda espontânea ou baseada nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde. (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009, p. II)

Nesse sentido, a distinção semântica não logrou mudanças das práticas, sobretudo na primeira década de implementação do SUS, período que foi marcado por forte tensão das políticas sociais restritivas de caráter neoliberal. Tais questões deflagraram disputas acirradas entre um projeto de construção da universalidade tendo a saúde como direito de cidadania e, de outro lado, o princípio da contenção de gastos e da racionalidade econômica. (MENDES; MARQUES, 2009)

Destarte, sob o manto do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, o Ministério da Saúde sustenta a retórica de reversão de um modelo de atenção fragmentado, ineficiente e reprodutor de iniquidades. Mas, na prática, convive-se lado a lado com uma Atenção Básica que se apresenta como política focalizada e seletiva, para demandas de grupos específicos, e universalista, enquanto direito de todo cidadão (VIANA; FAUSTO, 2005), cumprindo parcialmente sua agenda. (SOUSA; HAMANN, 2009)

Por outro lado, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) renova o discurso e reitera a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidação da Atenção Básica em todo país. A PNAB, atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012a), abarca as características da ABS, consolidando seu aspecto abrangente e prioritário, afastando-se "completamente" de qualquer sombra de seletividade ou cesta de serviços para grupos específicos, além de explicitar o papel desejado da Atenção Básica nas redes de atenção à saúde. Por essa óptica, o documento ressalta que a Atenção Básica

> utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012a, p. 19)

Tais elementos fertilizam diferentes posicionamentos, mesmo no interior da Saúde Coletiva, e evidenciam os desafios da Atenção Básica e a estratégia de implementação por meio da ESF. Nessa seara, Campos (2008) e Cohn (2008), em debate com um artigo de Conill (2008), assinalam que o “vazio programático para a questão assistencial no SUS” (CONILL, 2008, p. 11) expõe o esmaecimento do debate político em torno dessa questão, colocando-a como um consenso, como um debate definido, cabendo apenas colocar em prática e avaliar tudo que está previsto nas normas ministeriais.

Para Campos (2008), o governo federal não encara os grandes problemas que minam o avanço do PSF – financiamento, formação de pessoal e gestão do trabalho, por exemplo –, circundando esses problemas com propostas paliativas, uma vez que

> não há evidências de que o Ministério da Saúde esteja disposto a assumir a articulação dessa multiplicidade de experiências e de entidades federadas para construir um sistema – rede interdependente, apesar da autonomia dos municípios – que combine singularidade local com diretrizes que assegurem unidade ao SUS. (CAMPOS, 2008, p. 19)

Por sua vez, Cohn (2008) acirra essa discussão colocando que, sem renovação do debate acadêmico e outras perspectivas na agenda política, incorre-se no perigo de que

> [...] ao se assumir o PSF como uma *estratégia* de mudança do modelo assistencial brasileiro, esvazia-se, paradoxalmente, a dimensão da política e tende a tomar seu lugar a dimensão técnica

> na busca de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento desse modelo. (COHN, 2008, p. 24)

A própria autora retoma essa discussão e demarca que há poucos estudos críticos que questionam o já estabelecido, pois

> qualquer passo desmedido no sentido da crítica do já instituído, ou do que vem sendo instituído, é interpretado quase que imediatamente como oposição ao SUS e, portanto, como algo condenável, política e moralmente. (COHN, 2009, p. 9)

Não obstante, independente da vertente, constata-se que a ESF expandiu-se por todo país, sob fomento do Ministério da Saúde, tornando-se a principal política de saúde com enfoque nos cuidados de primeiro nível. Apresenta, em estudos empíricos, além dos desafios, possibilidades animadoras a sua assunção. (ASSIS et al., 2010; CAMARGO JR. et al., 2008; ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009; IBAÑEZ et al., 2006)

A pertinência da exposição de dissonâncias e convergências em torno da ESF aponta para necessidade de trilhar por caminhos que questionem a potência da APS brasileira, porquanto "a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais". (CAMPOS, 2007, p. 304)

No contexto de uma rede regionalizada, as dimensões para a gestão do cuidado reclamam por uma análise para dentro do município e para além das suas fronteiras, numa perspectiva de rede integrada, em uma conformação cooperada e solidária, para garantir maior organicidade e racionalidade ao sistema de saúde, de modo a efetivar o papel dos profissionais da APS como coordenadores do cuidado.

Por outra via, as características da APS no Brasil suscitam questões, somadas às apontadas em estudos sobre os sistemas de saúde internacionais, que tensionam a gestão do cuidado em rede:

1. A equipe de atenção primária no Brasil, compreendida como ESF, é formada por diferentes trabalhadores – nível superior e médio – que devem exercer o cuidado à saúde em equipes multiprofissionais e práticas interdisciplinares (CAMPOS, 2003; SOUSA; HAMANN, 2009);
2. A porta de entrada é difusa, notadamente onde a APS tem baixa cobertura, geralmente nos grandes centros urbanos – onde vivem a maioria dos brasileiros –, resultando em baixa coordenação e competição com os estabelecimentos de pronto-atendimento e os hospitais públicos e privados (BRASIL, 2005; CAMPOS, 2008; VIANA et al., 2008);
3. A inscrição dos usuários no serviço de APS está atrelada ao local de residência e é compulsória (GIOVANELLA, 2006), com adscrição média de 3 mil pessoas por equipe (BRASIL, 2012a);
4. Os profissionais da APS devem atender a todos os grupos e a um amplo espectro de problemas, executando ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (BRASIL, 2012a; CAMPOS, 2003);
5. A provisão e o financiamento dos serviços de APS são públicos e de acesso universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012);
6. A forma de pagamento dos trabalhadores é o assalariamento, com uma diversidade de modalidade de vínculo e complexos problemas na política de gestão do trabalho (ASSIS et al., 2008; MENDONÇA et al., 2010);
7. A APS é de responsabilidade do ente municipal (MENDES, 2002), mas os demais serviços da rede – média e alta densidade tecnológica – podem ter distintos provedores e diferentes naturezas jurídicas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008);
8. A cobertura da APS é insuficiente e limitada a determinados dias e horários, restringindo seu papel de porta de entrada preferencial (CECÍLIO, 1997; MATTOS, 2009b);
9. Muitos profissionais não têm formação adequada para trabalhar na APS e o especialista é socialmente mais valorizado que

o profissional generalista, situação que se reproduz entre os gestores (CAMPOS et al., 2008; MENDES, 2002);

10. Persistem problemas na infraestrutura das unidades de saúde e deficiência no aporte de medicamentos essenciais, apoio diagnóstico e consultas complementares (MENDES, 2002);
11. A maioria dos municípios brasileiros – cerca de 90% – tem menos de 50 mil habitantes e sua rede de serviços resume-se, muitas vezes, à APS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008);
12. A coordenação do cuidado na rede a partir da APS – quando existe – limita-se ao município, tendo que submeter a demanda por cuidados "especializados" às regras de oferta pactuadas entre os gestores municipais e estaduais, quando se necessita de ações de outros níveis não contempladas no próprio município, com preocupantes problemas na regulação dos fluxos entre os serviços. (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006)

Assim, buscando propostas que orientem a construção de sistemas de serviços integrados e cuidados coordenados por equipes de APS, tomando como cenário o SUS, Silva (2008) propõe, ainda que genericamente, o aperfeiçoamento das redes regionalizadas de atenção à saúde mediante fortalecimento da APS, organização da rede via APS, fortalecimento da regulação e da gestão regional:

1. Fortalecimento da APS – reafirmar o conceito abrangente, adequar a oferta e a formação dos profissionais, organizar o processo de trabalho no espaço do território, ampliação do escopo e apoio matricial;
2. Organização da rede de atenção via APS – análise da situação de saúde e da rede existente na região, desenho da rede mais adequada à região, identificação dos problemas e análise de cenários, elaboração de plano de ação para aperfeiçoar a rede regional;
3. Fortalecimento da regulação – identificação dos usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região, avaliação e readequação dos instrumentos que regulam

a oferta assistencial na região, legitimação ou criação de protocolos técnico-assistenciais, criação ou adequação do suporte logístico;

4. Fortalecimento da gestão regional – fortalecer a governabilidade e ampliar a governança.

INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL E COORDENAÇÃO DO CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR A GESTÃO EM REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os conceitos de integração e coordenação em saúde representam abstrações teóricas para designar a natureza de modos de organização dos sistemas, serviços e dos cuidados em saúde. Contudo, a definição acerca da integração e coordenação permanece difusa na literatura, ora sobrepondo-se com o mesmo sentido, ora apresentando-se como conceitos complementares e, em algumas situações, enquanto termos que podem existir independentes um do outro. Por esse prisma, percebe-se que tanto "integração" quanto "coordenação" podem denotar situações diversas, a depender do contexto e dos sujeitos que as empregam.

O debate em torno da integração e da coordenação não é novo (MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008), porém reacende sua importância ante os problemas não superados – iniquidades e ineficiência – nos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; VÁZQUEZ et al., 2009) e novos desafios como o impacto da crise financeira e as medidas de austeridade que incidem nos sistemas de saúde europeus. (MLADOVSKY et al., 2012; WHO, 2009) Por conseguinte, trata-se de um tema que recebe ampla atenção nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na Opas, no Observatório Europeu em Sistemas e Políticas de Saúde e, mais recentemente, ganha espaço na agenda das pesquisas realizadas no Brasil.

Entre os argumentos em defesa da integração e coordenação para organizações dos sistemas de serviços de saúde, destacam-se as necessidades de reduzir a segmentação e fragmentação da atenção, de garantir a equidade no acesso, de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; VÁZQUEZ et al., 2009), de evitar a sobreposição desnecessária, onerosa e iatrogênica em intervenções médicas, de direcionar os serviços e de distribuir os profissionais adequadamente entre os diferentes níveis. (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006) Não obstante, destacam-se também: possibilitar a gestão clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas, reduzindo a hospitalização desnecessária, buscando uma atenção balanceada, com adequação da oferta de serviço e organização dos fluxos entre serviços especializados de média e alta densidade tecnológica e a atenção de primeiro nível (GIOVANELLA, 2011; GREß et al., 2009), controlar os custos (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000), além de favorecer o fluxo comunicacional, atenção ao longo do tempo e a continuidade do cuidado. (HAGGERTY et al., 2003)

Ressalta-se, também, que os termos "coordenação", "continuidade" e "integração assistencial" são utilizados, muitas vezes, indistintamente para referir-se a uma mesma ideia. Entretanto, para Opas, há matizes importantes que diferenciam tais conceitos. Assim, a continuidade retrataria melhor a relação entre usuário e provedor, que, por sua vez, para existir, necessitaria de coordenação na atenção e, finalmente, a integração corresponderia a um nível avançado de coordenação. (OPS, 2008)

Em diversos países da América Latina – entre eles, Colômbia, Chile e Brasil –, a integração dos serviços de saúde (*integrated health care networks*, *integrated health care delivery systems* ou *health systems integration*), mesmo com trajetórias e opções políticas distintas, tem sido um meio para as reformas em curso no setor, sendo uma estratégia para melhorar a eficiência e o acesso aos cuidados em saúde. (VÁZQUEZ et al., 2009) Esses autores apresentam cinco características principais das redes integradas de serviços de saúde:

1. A diversidade de problemas de saúde deve encontrar respostas e estes devem ser resolvidos dentro da rede de serviços;
2. O sistema deve evitar sobreposição entre os níveis;
3. O primeiro nível de atenção deve atuar como entrada preferencial para toda a rede (*gatekeeping*);
4. Disponibilidade de informação clínica do usuário deve estar acessível em todos os pontos da rede (referência e contrarreferência ou prontuários eletrônicos compartilhados); e
5. As várias tecnologias devem ser distribuídas (centralizadas ou descentralizadas) apropriadamente entre os distintos pontos e níveis da rede, atentando para efetividade e eficiência.

Também no âmbito de sistemas de saúde latino-americanos, Conill e Fausto (2007), em análise comparada para analisar a problemática da integração, concluem que, embora haja inúmeras diferenças na implementação dos sistemas de serviços de saúde entre os países estudados, há uma política continental – proposta e defendida pela Opas – para a renovação e fortalecimento da APS, visando a integração e coordenação entre os níveis. Os resultados identificaram três modalidades de integração:

1. Atenção primária seletiva (Bolívia, Nicarágua e El Salvador) no interior de programas materno-infantis (coordenação restrita e integração focalizada);
2. Experiências municipais em sistemas baseados em seguros (iniciativas isoladas, na Colômbia); e
3. APS como porta de entrada (Brasil, Costa Rica, Chile e Venezuela) e eixo estruturante de um sistema público (política de reorganização do modelo assistencial).

A terceira modalidade, comum a sistemas universais, apresentou uma série de estratégias importantes para fortalecimento de redes integradas de saúde: territorialização com adscrição de clientela, equipes multidisciplinares, informatização de prontuários, centrais de marcação de consultas, equipes especializadas de apoio, consórcios para atenção

especializada, comitês de integração de serviços, criação de redes e estímulo à gestão regional. (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010) Contudo, segundo tais autoras, mesmo nos países com sistemas universais, havia persistência de segmentação com fragmentação dos serviços, forjando integração e coordenação frágeis entre os níveis de atenção. Essa conclusão também é evidenciada em pesquisa que compara a política de atenção integrada (*integrated care policy*) em seis países europeus. (MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008)

A integração dos serviços de saúde é a contraposição aos modelos fragmentados, ou seja, é a busca por consubstanciar uma organicidade aos sistemas de saúde que se sustenta em três eixos:

> a oferta de serviço, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde; a integração desses pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica, e a existência de uma população adscrita, cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema. (MENDES, 2001, p. 72)

Percebe-se que, na concepção do autor, os pontos centrais da integração do sistema de saúde modelam uma rede de atenção à saúde.

Em extensa revisão sistemática de literatura sobre integração de sistemas de saúde (*health systems integration*), Armitage e colaboradores (2009) afirmam que, apesar do grande número de artigos que discutem a integração, persiste uma insuficiência de estudos empíricos de alta qualidade que forneçam evidências para tomada de decisão. Os autores percebem, ainda, a ausência de um conceito ou definição universal para a integração e apontam a falta de ferramentas validadas e padronizadas para avaliação dos resultados, o que torna a tarefa de medir e comparar o impacto da integração no nível das práticas, serviços e sistema de saúde um grande desafio para gestores e pesquisadores.

Mesmo considerando que não seja possível um modelo como "receita única para qualquer contexto" (*one-size-fits-all*) para integração, Suter e colaboradores (2009) identificam um conjunto de dez princípios

universais na literatura revisada, que são essenciais e presentes em sistemas de saúde integrados bem-sucedidos. Trata-se de princípios genéricos, mas que permitem, segundo esses autores, uma avaliação dos esforços realizados para integração em sistemas de saúde, pois definem áreas essenciais e permitem flexibilidade e adaptação aos diferentes contextos:

1. serviços integrais e atenção contínua (*comprehensive services across the continuum of care*);
2. serviços centrados no usuário (*patient focus*);
3. cobertura e adscrição populacional (*geographic coverage and rostering*);
4. padronização dos cuidados entre as equipes de saúde nos diferentes níveis (*standardized care delivery through interprofessional teams*);
5. gestão por desempenho (*performance management*);
6. sistemas de informação (*information systems*);
7. liderança e cultura organizacional (*organizational culture and leardship*);
8. integração entre os médico de diferentes níveis do sistema (*physician integration*);
9. estrutura de governança (*governance structure*); e
10. gestão financeira (*financial management*).

Com efeito, a necessidade de integração tem desafiado as reformas dos sistemas de saúde em todo o mundo. Na Europa, muitos países introduziram mecanismos para melhorar a integração do sistema hospitalar, porém utilizando-se de abordagens com diferentes termos como: *shared care*, *transmural care*, *intermediate care*, *seamless care*, *disease management*, *case management*, *continuous care*, *integrated care pathways and integrated delivery networks*. (GRÖNE; GARCIA-BARBERO, 2001) Para esses autores, embora tenham o objetivo comum de melhorar a integração e coordenação dos serviços, tais abordagens têm abrangência

e metas bastante diferentes: alguns focando, sobretudo, na redução de custos e outros que procuram melhorar a qualidade, o acesso e a satisfação dos usuários. Por sua vez, sustentam a definição de atenção integrada (*integrated care*), adotada pela OMS europeia (*WHO European Office for Integrated Health Care Services*), como

> um conceito que junta insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência. (GRÖNE; GARCIA-BARBERO, 2001, p. 7, tradução nossa)

Tais borramentos teóricos foram investigados pela OMS, que, entendendo a dispersão dos conceitos, sintetizou os "serviços integrados de saúde" (*integrated health services*) em seis modalidades mais correntes:

1. como um amplo conjunto de intervenções preventivas e curativas para um determinado grupo populacional;
2. como pontos de distribuição de serviços multiuso;
3. enquanto continuidade da atenção ao longo do tempo;
4. como integração vertical de diferentes níveis de serviço;
5. como vinculação entre a formulação de políticas e gestão dos serviços;
6. na qualidade de trabalho intersetorial.

Por fim, cunha uma definição preliminar sobre integração, admitindo tratar-se "da gestão e distribuição de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um conjunto de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis do sistema de saúde". (WHO, 2008a, p. 4, tradução nossa)

Ao sintetizar características de uma atenção integrada (*integrated healthcare*) de saúde no sistema canadense, Leatt, Pink e Guerriere (2000) listam alguns critérios que os serviços devem ter/ser para o

usuário: o usuário não precisa repetir sua história a cada atendimento; não precisa se submeter a repetições de exames a cada nova consulta; o usuário não é a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos; o usuário não se submete a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível; dispõe de 24 horas de acesso a um estabelecimento ligado à atenção primária; recebe informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; pode marcar uma consulta ou receber um resultado por telefone; tem opções de escolha para consultas na APS e os profissionais devem dispor de tempo suficiente nas consultas de primeiro nível; é rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; recebe informações sobre sua doença, apoio domiciliar e em autocuidado que maximize a sua autonomia.

Ainda no campo conceitual, uma distinção importante é feita por Rosen e colaboradores (2011) entre "integração" (*integration*) e "atenção integrada" (*integrated care*). Segundo esses pesquisadores, integração é um conjunto de métodos, processos e ferramentas de suporte para coordenação de serviços de atenção à saúde. Por sua vez, atenção integrada refere-se ao produto final da integração em termos de serviços – centrado no usuário – para cumprir requisitos de alta qualidade, custo-eficiência e altos níveis de satisfações dos usuários. Ou seja, a atenção integrada pode ser caracterizada pela coerência e coordenação na prestação de serviços de saúde para as pessoas, por meio de uma ampla gama de organizações de atenção à saúde, diferentes profissionais e cuidadores informais.

Entretanto, o cotejamento entre sistemas de serviços europeus – Áustria, Espanha, Finlândia, Holanda, Inglaterra e Suécia – revelou que, mesmo com sistemas consolidados, apresentam diferentes graus de fragmentação, sendo que as políticas de atenção integrada são engendradas para atender a determinados agravos crônicos ou grupos específicos – idosos, deficientesm – e com relativa insuficiência na coordenação

pelos médicos de APS. (MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008) É importante sublinhar que os autores se referem a modelos de cuidados médicos, típicos de países que fazem uma distinção entre serviços clínicos e serviços de saúde pública, com papel periférico de outros profissionais – inclusive enfermeiros –, restringindo a integração aos cuidados individuais, pois outras políticas sociais – educação, saneamento básico, transporte, habitação etc. – já estão consolidadas e universalizadas.

Ainda na perspectiva internacional sobre as origens e matrizes dos sistemas integrados, há inúmeras experiências, com distintas abordagens, oriundas do setor público ou privado, sendo o movimento universal de desospitalização, a viragem ambulatorial canadense, a substituição europeia e a atenção gerenciada americana as mais significativas. (MENDES, 2001)

Uma leitura atenta dos diversos livros e textos produzidos por Mendes (1999, 2001, 2002, 2007, 2008, 2010, 2011) revela que o autor, após inúmeras revisões de literatura e incursões teóricas e práticas, parte da concepção inicial de sistemas integrados de saúde para uma de redes de atenção à saúde. Ao analisar as redes nos últimos anos, a integração passa a ser um atributo interno à sua materialização. Para esse autor, a integração pode ser horizontal – por semelhança ou coincidência na função – ou vertical – por diferenças de funções e necessidade de complementaridade –, mas deve superar a ideia hierarquizada e piramidal, atribuindo à APS o *status* de coordenadora dos cuidados. E, nessa órbita, "a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo". (MENDES, 2007, p. 16)

A integração dos serviços de saúde tende a atuar de maneira equilibrada sobre as condições agudas e crônicas, desde que estejam organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde em formato de redes de atenção à saúde. (MENDES, 2011) Na via contrária, a fragmentação causa baixo desempenho aos sistemas de saúde, por conta da dificuldade de acesso aos serviços, perda da continuidade

dos processos assistenciais, incoerência entre necessidade e oferta de serviços, uso inadequado e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário dos gastos e baixa satisfação dos usuários. Por consequência, evidenciam-se demanda reprimida e atrasos na oferta de serviços, repetições desnecessárias e perda de histórias clínicas, duplicações de provas diagnósticas, ações voltadas para condições agudas ou eventos agudos das condições crônicas, médico especialista assumindo definitivamente o cuidado do usuário, ao invés de assumir a condição de interlocutor com a APS. (MENDES, 2011; OPS, 2008) Em síntese, a fragmentação manifesta-se, fundamentalmente,

> como falta de coordenação e intercomunicação entre os distintos pontos de atenção, duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade instalada ociosa em alguns casos ou utilização excessiva em outros, cuidado de saúde fornecido em lugar menos apropriado, particularmente em hospitais, e distribuição inadequada dos pontos de serviços de saúde. (OPS, 2008, p. 12, tradução nossa)

Para superar a fragmentação em sistemas de saúde, a interface entre integração e coordenação é indissociável e indispensável. Por esse prisma, Vázquez e colaboradores (2009) apresentam um quadro conceitual para análise do desempenho dos sistemas integrados de saúde, tomando como alicerce uma extensa revisão sistemática. De acordo com esses autores, os resultados de sistemas integrados de saúde consolidados apresentam um nível intermediário, correspondendo à coordenação, continuidade do cuidado e acesso. Por sua vez, satisfeito esse nível, o resultado final seria maior equidade no acesso e melhor eficiência na rede de serviços.

Em síntese, a integração pode ser considerada o mais alto grau de coordenação (VÁZQUEZ et al., 2009), assim como a coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados, numa rede integrada, para resolver as necessidades dos usuários. Em contrapartida, a

continuidade relaciona-se ao modo como os usuários percebem e vivenciam a coordenação e a integração nos serviços.

No debate atual, nos sistemas europeus, os estudos de Greß e colaboradores (2009), Gérvas e Rico (2005), Saltman, Rico e Boerma (2006), além de Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbek (2009), defendem que os sistemas integrados de saúde devem apoiar-se na APS como coordenadora dos cuidados – reformas pró-coordenação – para atingir alguns objetivos básicos, como o cuidado continuado, a longitudinalidade, a resolubilidade dos problemas no nível mais adequado, melhora progressiva dos resultados, equidade e uso adequado dos recursos.

Nada obstante, Giovanella (2006) adverte que o movimento de reformas pró-coordenação nos sistemas de saúde europeus ocorre num contexto de restrição de gastos, buscando um melhor desempenho custo-efetivo, aumento da qualidade e eficiência, mas que, ainda assim, respondeu a mudanças do perfil epidemiológico – envelhecimento e doenças crônicas –, novos métodos terapêuticos e de diagnóstico e necessidade de cooperação interorganizacional entre os níveis de atenção. Para tanto, as reformas seguiram dois caminhos: 1) aumento do poder e controle da APS sobre os prestadores de outros níveis, fortalecendo a coordenação; e/ou 2) expansão da oferta de serviços e funções da APS, privilegiando a provisão. O principal mecanismo para aumentar o poder da APS foi adotá-la como porta de entrada obrigatória (*gatekeeping*), sobretudo nos países com sistema nacionais de saúde. Por sua vez, o principal dispositivo utilizado para aumentar o escopo da APS foi ampliar as funções dos médicos generalistas seguindo diretrizes clínicas ou criando novos arranjos de trabalho para a APS, como:

> contratação de especialistas em tempo parcial para trabalho em centros de saúde junto com generalistas, integração com serviços de enfermagem e de saúde mental, cooperativas de generalistas para prestar pronto-atendimento fora do horário comercial, e realização de procedimentos especializados pelos próprios

generalistas que se tornam referência interna para determinado grupo de generalistas. (GIOVANELLA, 2006, p. 959)

A viabilidade e pertinência de sistemas coordenados e direcionados pela APS, na Europa, não são uma resposta inequívoca, devido à diversidade de sistemas de saúde e às características na sua condução nos distintos países da União Europeia. (BOERMA, 2006) Apesar disso, temas comuns – como o envelhecimento populacional, a crescente necessidade de enfrentamento das condições crônicas, as comorbidades, as novas modalidades de diagnóstico e terapia, a crescente especialização e subespecialização dos profissionais, a demanda por cuidados continuados e os custos na área da saúde – têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados para lidar com tais questões. (BOERMA, 2006; CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006; MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008)

Nesse sentido, Greß e colaboradores (2009) realizaram estudos de caso comparando oito países europeus e, como resultados, perceberam que nações com um sistema de APS forte – Espanha, Finlândia, Holanda, Inglaterra e País de Gales – tendiam a desenvolver melhor integração entre os níveis, potencializando a gestão e coordenação das condições crônicas, em contraste com países com APS fraca – Áustria, Bélgica e Alemanha –, cujo sistema mostrou-se desarticulado e com dificuldades na coordenação.

As principais dificuldades para coordenação de serviços de saúde ocorrem pela "assimetria da informação". Além disso, as decisões médicas são difíceis de serem julgadas e os resultados sanitários não são fáceis de medir, pois nem sempre são imediatos e não estão atrelados unicamente aos serviços de saúde. Além do mais, a coordenação em países europeus tem logrado maior sucesso entre os que estabeleceram a APS como porta de entrada e o médico generalista como filtro – países com sistemas nacionais de saúde – (GÉRVAS, RICO, 2005), mas os mecanismos pró-coordenação têm variado, notadamente, por

meio de incentivos financeiros. (GIOVANELLA, 2011; WADMANN; STRANDBERG-LARSEN; VRANGBEK, 2009) Ademais, o sucesso na coordenação via APS depende, também, do prestígio e credibilidade de que médicos generalistas desfrutam entre o coletivo de médicos especialistas e com a sociedade. (GÉRVAS et al., 2007; SALTMAN, 2006)

Nesse contexto, Gérvas e Rico (2005) advogam, a partir de experiências europeias, que os profissionais de primeiro contato, particularmente os médicos generalistas (*general practitioners*), devem agir como filtros (*gatekeeper*) para a atenção especializada, por meio do fortalecimento de suas ações na rede, bem como ampliação do leque de oferta de serviços. Em Portugal, por exemplo, todo médico da APS é um especialista em medicina geral e familiar, ou seja, tem uma formação compatível com outras especialidades médicas, permitindo o reconhecimento entre os pares de distintos níveis assistenciais, melhorando a resolubilidade das ações clínicas e facilitando a coordenação entre os níveis. (ROCHA; SÁ, 2011; SANTOS et al., 2015)

A argumentação a favor da coordenação sustenta-se, ainda, em ampla revisão realizada por Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006), que sintetizam que os problemas de falta de coordenação entre os níveis assistenciais repercutem na ineficiência da gestão de recursos com duplicidade diagnóstica, encaminhamentos inadequados, má utilização das urgências hospitalares, perda de continuidade nos processos assistenciais e diminuição na qualidade da atenção prestada.

A coordenação é um atributo da APS e funciona como um amálgama, pois potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos no sistema para a integralidade e desburocratiza a função de primeiro contato. (STARFIELD, 2002) A coordenação parte do reconhecimento de que as diferentes necessidades das pessoas e as possibilidades de resolução não podem ser alcançadas apenas pela equipe de APS. Nesse caso, caberia aos profissionais da APS receber e reconhecer as necessidades dos usuários, responsabilizando-se pelo encaminhamento interno ou para outro serviço mais adequado, bem como estar

em contato direto com outros profissionais (especialistas) para complementar as informações e aumentar a resolubilidade, a fim de prosseguir com o acompanhamento continuado. Nessa mesma direção, Mendes (2002) sintetiza que a coordenação implica, para a equipe de saúde da APS, reconhecer e ordenar os problemas que requerem cuidados compartilhados por profissionais de outros segmentos e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade da atenção. Sendo assim, "a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário". (ALMEIDA et al., 2010, p. 287)

Outrossim, há necessidade de uma rede integrada, ou seja, necessita-se de um sistema que oferte diferentes serviços com graus variados de densidade tecnológica, com profissionais de diferentes formações adequadamente distribuídos e que reconheçam o papel coordenador da equipe da APS, além de usuários que busquem a APS como primeiro contato e estabeleçam vínculos com esses profissionais. Nesse quesito, abre-se uma distinção acerca da integração e coordenação, pois

> a integração se expressa na organização do sistema de saúde [e] a coordenação se realiza no nível do cuidado individual [exercida] pelos profissionais de saúde no processo de atenção e se expressa em atenção contínua, centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada no tempo adequado. (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009, p. 11)

A efetivação da integração dos serviços e da coordenação dos cuidados implica alguma forma de longitudinalidade por um mesmo profissional ou equipe e continuidade dos cuidados com a responsabilização pelos fluxos e contrafluxos em qualquer ponto da rede. (CONILL; FAUSTO, 2007) Tais distinções entre longitudinalidade, "presença e o uso de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo", e de continuidade, "sequência de consultas nas quais há mecanismo de transferência de informação", estão bem discutidas e delimitadas por Starfield (1980, 2002).

Dessa forma, os sistemas públicos de serviços de saúde com forte integração têm a coordenação e a continuidade do cuidado como elementos sinérgicos, bem como sistemas com coordenação e continuidade do cuidado entre os diferentes pontos da rede resultam e/ou requerem uma adequada integração. As variações, portanto, de integração sem coordenação ou vice-versa são comuns em estratégias parciais, ou seja, sistemas públicos de saúde nos quais a universalidade e a integralidade pertencem apenas ao campo formal, pois não estão consolidadas.

Trata-se, por conseguinte, de um grande desafio, posto que a integração da rede e a coordenação dos cuidados em saúde pressupõem uma relação de interdependência entre atores sociais e organizações distintas, cada qual possuindo parcelas de recursos necessários à resolução de problemas que são comuns a toda a rede, envolvendo conflitos de interesses e disputa de poder. (ALMEIDA et al., 2010; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Esses argumentos distinguem a "coordenação dos cuidados" (*co-ordination*) de procedimentos burocráticos, como o "manejo de caso" (*case management*) ou o "manejo da doença" (*disease-management programmes*), que atendem a uma racionalidade instrumental, mais afeita ao controle dos custos – centrados nos gestores ou mercado – e/ou fragmentação dos cuidados – centrados nos profissionais ou mercado –, muitas vezes em detrimento das reais necessidades do usuário, ao fracionar a continuidade da atenção. Programas de manejo de doença têm forte ideologia do sistema de seguros privados de saúde norte-americano; portanto, tendem a negligenciar as comorbidades, serem direcionados para indivíduos que já desenvolveram doença crônica e, por isso, são ineficientes na prevenção de doenças. (GREß et al., 2009) Do mesmo modo, o campo da saúde suplementar utiliza a integração e a coordenação, acima de tudo, como artifício para contingenciar a utilização dos serviços pelos segurados ou evitar que médicos solicitem determinados procedimentos que venham onerar as seguradoras. Esses procedimentos, que ficaram conhecidos como *managed care* (atenção

gerenciada) e são utilizados em organizações de *managed care* por operadoras de planos de saúde privados dos Estados Unidos, foram difundidos como instrumento de organização da atenção para diversos países.

Esmiuçando essa discussão, Merhy (2002) e Merhy, Iriart e Waitzkin (1996) abordam o processo de trabalho em saúde e destrincham um panorama latino-americano da atenção gerenciada e seus desdobramentos na gestão dos serviços de saúde no Brasil, alertando acerca dos riscos de sua migração indiscriminada para o setor público. Na mesma direção, Campos e Onocko-Campos (2009, p. 233) polemizam tal situação:

> [a] atenção gerenciada [...] imagina diminuir custos e aumentar a eficácia do trabalho em saúde, retirando dos profissionais, particularmente dos médicos, a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho clínico. Esse poder é passado aos gerentes, que por meio de minuciosos protocolos – padronização de consultas diagnósticas e terapêuticas – controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores.

Os diferentes argumentos para definir a melhor forma de prover os serviços de saúde – extensão do financiamento, regulação estatal, propriedade dos estabelecimentos, os meios de produção, papel do Estado como empregador, extensão da cobertura e escopo dos serviços etc. – desenvolvem-se num contexto histórico e cultural de cada país, sendo elementos de disputas, consensos e alianças entre uma constelação de atores – sindicatos, associações profissionais, igreja, *policy makers*, usuários, mercado. (IMMERGUT, 1992; MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008) Dessas conjunturas, emergem os sistemas de saúde e os distintos modelos de atenção à saúde, que, guiados por um conjunto de crenças, circunscrevem uma

> [...] espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre risco e danos à saúde. (PAIM, 2008, p. 554)

Assim sendo, o processo de fragmentação-integração nos serviços de saúde é fruto dessas lógicas, bem como suas variadas modelagens: piramidal ou em rede, hierárquica ou em círculo, centrada no procedimento ou na produção do cuidado, competitiva ou colaborativa, fracionada ou coordenada. Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), por exemplo, admitem a existência de uma rede, mesmo em sistemas fragmentados, pois há sempre pontos de contato e interfaces entre os serviços, bem como há permanente deslocamento das pessoas em busca de atendimento (fluxo assistenciais). Entretanto, as distinguem na forma de organização dos serviços, em "redes em árvore" ou "redes em malha". Para essas autoras,

> redes em árvore, também conhecidas como redes hierárquicas (ou piramidais), caracterizam-se pela limitação das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Já as redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados. (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004, p. 387)

No Brasil, os mecanismos de integração dos serviços e coordenação do cuidado respondem por princípios gerais – descentralização, regionalização e integralidade – e inúmeras estratégias de gestão – regiões de saúde, redes temáticas, linhas do cuidado, consórcio de saúde, entre outras.

Todavia, o ponto concordante deve ser a implicação na produção da saúde, convertendo, de fato, o modelo fragmentado, de baixo impacto e custos elevados, em um modelo que conceba, mediado pelo *ethos* social, o "cuidado como um valor" (PINHEIRO, 2009); e atenda a critérios basilares para gestão do cuidado. Os critérios imprescindíveis seriam: a busca por maior eficácia e eficiência, aumento da capacidade dos gestores e das equipes para estabelecer compromissos e contratos, produzir

o menor dano possível – físico, mental e/ou social) –, busca de intervenções terapêuticas pedagógicas que aumentem a autonomia e o autocuidado das pessoas (efeito Paideia), por meio da gestão dos processos de trabalho. (CAMPOS, 2003)

A coordenação do cuidado via equipes de APS e a integração dos serviços em rede regionalizada de saúde são dispositivos para gestão do cuidado que, no SUS, devem ter como horizonte a garantia da integralidade. Para tanto, requerem alguns pressupostos: gestão do sistema de saúde orientada para o trabalho em rede; modelo assistencial orientado para responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários; disponibilidade de recursos necessários à continuidade e complementação do cuidado nos pontos de distintas densidades tecnológicas; sistema de informação que dê conta da complexidade e da atualidade de um conjunto de informações. (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006)

Pesquisas realizadas por Dias (2012), em Belo Horizonte; Almeida e colaboradores (2010) e Giovanella e colaboradores (2009), em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, avaliaram as estratégias de coordenação entre a APS e a atenção especializada, na perspectiva da integração entre os níveis assistenciais. As principais evidências – de forma diferenciada entre os municípios – indicam táticas que favorecem a coordenação e a integração e corroboram os pressupostos anteriormente apresentados:

1. a indução à organização e à integração da rede foi potencializada pela expansão da ESF;
2. a implantação de centros de especialidades médicas melhorou a oferta de consultas e exames, além da redução dos tempos de espera;
3. a opção pelo Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) possibilitou conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de

abstenção a consultas e exames e garantiu maior imparcialidade no controle das agendas;

4. a implementação de comissão de regulação local e distrital, ou seja, incorporação da regulação à rotina dos profissionais da saúde da família;
5. a informatização dos prontuários eletrônicos melhorou a continuidade do cuidado, favoreceu a comunicação entre níveis assistenciais, permitiu o acesso rápido às informações e uma visão integral do usuário. As principais desvantagens do prontuário eletrônico foram a lentidão do sistema, segmentação dos programas, formato rígido e desatualizado e perda de informações. Além disso, é necessário integrá-lo à rede e a distintos prestadores (privados e estaduais);
6. o desenvolvimento e a aplicação de protocolos gerenciais e de protocolos clínicos, orientando o fluxo de encaminhamentos à atenção especializada;
7. as iniciativas recentes de comunicação e apoio matricial entre profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e atenção especializada; e
8. a contratação de serviços da rede privada, de forma complementar, para suprir deficiências na oferta da rede especializada.

O debate na literatura internacional sustenta a importância da integração dos sistemas e coordenação do cuidado. Não obstante, mesmo apresentando diretrizes gerais, a partir de revisões de literatura ou de cotejamentos entre os países, ressaltaram a necessidade de adaptação aos diferentes contextos, tendo como norte a universalização do acesso com qualidade na atenção à saúde. As pesquisas realizadas no Brasil seguem o mesmo argumento e buscam captar evidências nas experiências de gestões municipais e, assim, divulgar possibilidades de mudanças e obstáculos a serem superados para consolidação do SUS.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado integral em rede regionalizada é uma forma de organização do trabalho para produção do cuidado em saúde, ou seja, a operacionalização de um dado modelo de atenção à

saúde. É uma ação política, porquanto se refere ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, ou seja, confunde-se com o exercício do poder. É uma ação técnica, pois incorpora e opera tecnologias para organizar os serviços de saúde e lidar com situações concretas do processo saúde-doença. É uma ação ética, uma vez que a prática em saúde se dá no encontro entre sujeitos, requerendo uma tomada de posição em ato, mediada pela intersubjetividade no encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço.

Sendo assim, a gestão do cuidado integral resulta de responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, propostas por Cecílio (2009) e retraduzidas neste livro nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas, ou seja, catalisa a integração dos serviços e a coordenação dos cuidados. A gestão do cuidado, por conseguinte, consubstancia-se nas ações dos sujeitos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno.

Nessa lógica, mas de forma ideal, para gestão do cuidado integral em redes regionalizadas, os profissionais da APS devem funcionar como principal porta de entrada (*gatekeeper*), pois: acolhem a demanda dos usuários e os acompanham em distintas necessidades, em diferentes fases da vida, de maneira regular e ao longo do tempo (longitudinalidade), os encaminham para o serviço mais apropriado quando necessário, sem perda de contato e ordenando-os por diferentes fluxos na rede de serviços (coordenação e continuidade). Para tanto, as equipes de APS requerem fluxos comunicacionais (cadastro único do usuário, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos compartilhados, guia de referência e contrarreferência, telessaúde e outros) entre os profissionais dos distintos serviços (continuidade e integração), situados dentro e fora do território de residência (integração e regionalização), conforme a necessidade e a pertinência (eficiência).

Porém, considerando que a integração dos serviços, a coordenação e a continuidade do cuidado são problemas presentes no SUS real, entende-se que os profissionais de saúde, ao desempenharem a gestão do cuidado nos seus diferentes níveis, deverão apresentar plasticidade no processo de trabalho, de modo a viabilizar o acesso dos usuários ao serviço necessário e em tempo oportuno. Nesse sentido, os profissionais da APS serão coordenadores do cuidado para as populações com cobertura da ESF ou que tenham, pelo menos, uma unidade básica tradicional a que possam acessar. As pessoas desprovidas de cobertura da APS ou que não conseguem acessá-las, as pessoas que buscam hospitais, serviços de pronto-atendimento ou serviços especializados precisarão ter sua demanda avaliada e ser adequadamente encaminhadas (quando possível) ou atendidas quando for necessário ou oportuno. Admite-se, assim, uma coordenação compartilhada (gestão do cuidado no nível organizacional e profissional – ação técnica e ética).

Desse modo, o *status* da APS como coordenadora e a integração da rede de cuidados regionalizados devem ser pensados de modo a superar os tradicionais modelos de atenção de desenho piramidal de recorte apenas burocrático. Essa perspectiva coloca todos os equipamentos de atendimento à saúde como potenciais portas de entrada do sistema, ou seja, admite-se que o mais importante é que o usuário, ao procurar um serviço, encontre resposta adequada a seu problema de saúde e seja adequadamente acolhido e encaminhado, quando necessário, ao serviço que dará seguimento e o manterá vinculado, a partir da lógica da continuidade do cuidado – nesse caso, uma unidade de saúde de APS. (CECÍLIO, 1997; MATTOS, 2009b)

A polêmica levantada não nega a APS como porta de entrada preferencial, nem tampouco deslegitima o seu papel coordenador – ainda que casual – aos demais níveis de atenção. Pelo contrário, Cecílio (1997) e Mattos (2009b) analisam os itinerários concretos dos usuários no SUS e advogam que a principal porta de entrada é o próprio trabalhador de saúde, ou seja, é na dimensão profissional/nível das práticas da gestão do

cuidado, em qualquer ponta da rede. Desse modo, ao acolher e utilizar a tecnologia mais adequada ao problema demandado pelo usuário, o trabalhador deverá responsabilizar-se em mantê-lo – caso seja na APS – ou encaminhá-lo à APS – caso seja outro nível –, que, a partir de então, será o ponto da rede responsável pela continuidade de seus cuidados.

A suposta flexibilidade não é uma contradição à coordenação realizada pelos profissionais da APS, mas uma perspectiva crítica aos modelos que apostam na mudança *top-down* ou centralizam o debate na transformação da estrutura e das ferramentas de gestão e dão pouca ênfase à mudança do processo de trabalho e à micropolítica no interior das instituições. Para Franco (2009, p. 160),

> a questão do acesso só será enfrentada de forma definitiva se se conseguir operar alterações estruturais no modo de produção do cuidado. Isso significa radicalizar o conceito de mudança na saúde, direcionando-a para a ruptura com o atual padrão tecnológico de produção do cuidado, que prioriza as tecnologias duras, em detrimento dos processos mais relacionais, o que tem sido a causa da sua baixa resolutividade. Esse modelo tecnológico de produção do cuidado cria a restrição ao acesso, pois é um modelo que opera centrado no ato prescritivo, nas tecnologias duras e terapêuticas medicamentosas, se caracterizando como serviços extremamente custosos, pois criam uma cadeia de consumo a partir de cada consulta médica, uma vez que o processo produtivo é centrado em insumos de maquinaria e instrumental.

Em síntese, Cecílio (1997) e Mattos (2009b) estão admitindo que a APS constitui-se como nível fundamental do cuidado ao longo da vida (longitudinalidade), mas não é o único ponto inicial de contato no momento da busca por cuidados (fluxos reais) – mormente na realidade brasileira, na qual os equipamentos de saúde na APS são insuficientes, irregularmente distribuídos, enfrentam acúmulo de demandas, há restrição no número de profissionais adequados a esse nível de atenção e, ainda, há necessidade de valorização e legitimidade dos cuidados primários pela população e pelos profissionais.

Tais questões abordadas partem da perspectiva dos fluxos reais das pessoas em seus territórios e sustentam-se na linha dos serviços de saúde centrados no usuário (usuário-centrado). Transformar a APS em porta de entrada principal é uma meta a ser construída ao longo do tempo (WHO, 2008b), mas, no transcorrer do processo de vinculação das pessoas a esses serviços, há necessidade de uma rede atenta, responsável e acolhedora para "captar" os usuários que não fazem uso dos serviços primários e transformam, no cotidiano, os hospitais e outros equipamentos de referência em serviços de primeiro contato. Acerca dessa questão, Cecílio (1997, p. 473) indaga:

> em geral, afirmamos que 'a população está entrando pela porta errada', ou não seria mais correto afirmarmos, [...], que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços?

O relatório da OMS, em 2008, demarca e defende que as reformas de prestação de serviços a partir do movimento pela APS têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados e, por isso, têm maiores chances de estabelecer as condições para a orientação para as pessoas, integralidade, continuidade e, assim, garantir melhores resultados em saúde, por meio de serviços que estabeleçam uma relação estável, pessoal e duradora (longitudinalidade) "entre a população e os profissionais que são o seu ponto de entrada para o sistema de saúde". (WHO, 2008b, p. 55, tradução nossa) O documento citado apresenta, ainda, uma série de evidências em diferentes países para sustentar a defesa pela APS enquanto estratégia adequada para organização dos sistemas de saúde.

Em razão disso, o argumento para a reestruturação modelar do sistema de serviços de saúde de desenho piramidal e hierárquico por outro que fomente a cooperação e interdependência entre os diferentes sujeitos de diferentes pontos sustenta-se na premissa de que aquele interdita possibilidades de integração de serviços e coordenação do cuidado

entre os profissionais de níveis distintos, pois engendra uma distribuição de serviços de saúde baseados na suposta superioridade daqueles que estão no topo, gerando uma visão distorcida de complexidade que leva,

> [...] consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS. (MENDES, 2011, p. 83)

Do ponto de vista histórico, a pirâmide de serviços de saúde foi concebida apoiada em estudos sobre a complexidade dos problemas de saúde e sua prevalência. Trata-se, portanto, de uma tradição que se tornou parâmetro para os sistemas de saúde em distintos países, especialmente por retratar uma hierarquização entre os serviços e os sujeitos, ajustar-se a diferentes interesses e a uma racionalidade epidemiológica, muitas vezes, assumida acriticamente. Em certa medida,

> o que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e [contrarreferência], de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados. (CECÍLIO, 1997, p. 470)

Contudo, Mendes (2011) adverte, ainda, que a mudança no perfil epidemiológico não comporta mais essa compreensão. Além disso, a noção de complexidade assumida entre os níveis desloca para o topo a acepção de "maior" complexidade, pois confunde complexidade com a incorporação de tecnologias materiais e atribui a esse nível o *status* de maior importância, impactando o imaginário coletivo e o modelo de formação dos profissionais de saúde. Ademais, é aderente a interesses mercadológicos, uma vez que requer altos investimentos e a incorporação permanente de equipamentos, novas técnicas e novos medicamentos.

Tais limites conceituais imprimem, ao processo formativo dos profissionais, uma valorização da técnica em detrimento do cuidado e, às práticas gestoras, uma valorização da produtividade em detrimento dos resultados. Além disso, parece fortalecer a noção de APS (primeiro nível) simplificada ou APS seletiva, justificando os altos investimentos priorizados nos demais níveis (em direção ascendente), melhores salários para os profissionais "mais" especializados em técnicas cada vez mais específicas – não necessariamente as que produzem melhores resultados sociais –, por tornar a técnica e o equipamento "um fim em si mesmos", descolados, muitas vezes, das necessidades sociais, produtores de demandas e que, por fim, acabam por modelar um sistema de saúde fragmentado.

Ainda sobre os modelos piramidais, Amaral e Campos (2011) afirmam que tais desenhos nas organizações públicas de saúde no Brasil implicam funções gerenciais mais voltadas para o controle da execução de atividades especializadas do que para a avaliação de resultados, alcance de objetivos e metas. Como consequência, a centralização das decisões, com restrito envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários, acarreta num baixo nível de adesão ou mesmo resiliência às tentativas de padronização e controle dos atos em saúde. Nesse sentido, a possibilidade de coordenação e comunicação entre os níveis fica impossibilitada, acarretando prejuízos, sobretudo para as pessoas que precisam de cuidados contínuos – doenças crônicas, comorbidades etc. – entre profissionais de diferentes serviços de saúde. (CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006)

Com essa discussão sobre a posição da APS e a disposição dos demais pontos nos sistemas de serviços de saúde, aposta-se na disposição em rede (MENDES, 2011) do tipo malha (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004) ou círculo (CECÍLIO, 1997) para efetivação da integração dos serviços – interdependência – e coordenação dos cuidados – comunicação e continuidade. Nessa direção, Longest Jr. e Young (2006) ressaltam que as organizações de saúde têm alta interdependência, sendo, portanto, a coordenação e a comunicação tarefas críticas para os gestores. A coordenação é uma maneira de lidar com a interdependência, pois, por

meio dela, torna-se possível unir diferentes partes de uma mesma organização ou diferentes organizações que tenham uma meta em comum. Por essa razão, tem sido vista como uma das mais importantes funções dos gestores.

Além disso, quando se discute o papel da APS na rede de cuidados, deve-se considerar as heterogeneidades entre os municípios brasileiros para compreender os grandes desafios dos formuladores de políticas (*policy maker*) e dos profissionais para viabilizar ou exercer o papel de coordenador do cuidado na rede. A coordenação do cuidado supõe que as equipes de APS não podem responder por todas as demandas da população, pois têm limites no campo técnico e tecnológico; mas devem organizar as linhas de cuidado na rede e, ao mesmo tempo, assegurar que o vínculo e o cuidado aos usuários sejam permanentes à APS. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003) Portanto,

> a função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efetivamente a transformação da pirâmide dos cuidados primários numa rede, onde as relações entre a equipe de atenção primária e as outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e na referência de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação. (WHO, 2008b, p. 59, tradução nossa)

Assim, a depender dos equipamentos de cada município, a coordenação precisará extrapolar o espaço do município, pois o cuidado dar-se-á para além dos territórios de moradia do usuário.

Nessa órbita, a gestão do cuidado constituída em um determinado município precisará articular-se com a gestão do cuidado desenvolvida em outros municípios, num movimento de gestão do cuidado em redes regionalizadas. A regionalização é o princípio que contempla tal perspectiva, e os níveis da gestão do cuidado materializam-se em cenários complexos, na intersecção dos territórios e dos sujeitos. Contudo, Mattos (2009b, p. 382) alerta que

> a proposta de rede regionalizada e hierarquizada só é boa na medida em que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas. Exatamente por isso, não faz sentido dificultar o acesso das pessoas na tentativa de construir a rede regionalizada e hierarquizada.

Retomando-se a questão da coordenação das redes regionalizadas por equipes de APS, há características específicas que as tornam desafiadoras no Brasil. Enquanto em alguns países – Inglaterra, Portugal, Espanha, Itália e Dinamarca – com sistemas nacionais de saúde, a APS tem a função de porta de entrada obrigatória (GIOVANELLA, 2006), no Brasil, ainda não é possível do ponto de vista real. Primeiro, porque não há cobertura suficiente da ESF; segundo, porque os serviços especializados e hospitalares, além do subsistema privado, "funcionam" paralelos à coordenação da APS ou simplesmente integram-se competitivamente à rede, resilientes aos mecanismos de regulação. (FARIAS et al., 2011; PIRES et al., 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010; VENANCIO et al., 2011)

Soma-se, também, que os profissionais da ESF não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas. (SISSON et al., 2011) Há distribuição inadequada dos profissionais, notadamente de médicos em municípios de pequeno porte no interior do país, o que compromete a expansão das equipes de APS. (DEMOGRAFIA..., 2013; MEDEIROS et al., 2010) Há insuficiência na oferta de algumas especialidades nas cidades de referência regionais e concentração nos grandes centros urbanos, implicando distribuição insatisfatória de determinadas consultas e procedimentos (DEMOGRAFIA. . ., 2013), o que impossibilita o cuidado continuado na rede e contraria as tentativas de coordenação e integração. (FARIAS et al., 2011; LOPES, 2010; PIRES et al., 2010)

Entretanto, com a expansão do número de EqSF e sua capilaridade nos diferentes territórios do país, há possibilidades concretas de que a EqSF passe a funcionar como primeiro contato (*gatekeeping*) e contato

regular ao longo do tempo (longitudinalidade), ainda que com limitações ou com falhas na "filtragem" dos usuários para outros pontos da rede.

Além dos limites atribuídos à cobertura da Saúde da Família, há questões tensionadas pela rotatividade de médico e enfermeiros na ESF por conta de vínculos trabalhistas precários que comprometem o estabelecimento de vínculo com os usuários (MEDEIROS et al., 2010; SOUZA, 2011), profissionais guiados pela oferta – insuficiente e indiscriminada – de serviços especializados e de apoio diagnóstico. (PIRES et al., 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010) Destacam-se, ainda, gestores que perseguem metas ou concentração de serviços para seu município em detrimento da equidade e dos pactos intermunicipais (LOPES, 2010; VENANCIO et al., 2011), rateio de parcas vagas, por especialidades, para as Unidades de Saúde da Família (USF) – sem levantamento de demandas –, contribuindo para a formação de filas virtuais e longos períodos de espera para exames e procedimentos. (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SISSON et al., 2011) Nesses casos, as EqSF não exercem a função *gatekeeper*; ao contrário, tornam-se produtoras de demandas, ou seja, exercem o papel inverso, congestionando a capacidade de oferta – já deficiente – de consultas para especialidades e procedimentos de apoio e diagnóstico.

Em suma, a gestão do cuidado integral em redes regionalizadas de saúde volta-se para o enfrentamento desses desafios cotidianos. Nesse sentido, analisar a conformação da gestão do cuidado – nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de saúde – permite compreender e identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de APS no contexto da regionalização, a posição da ESF no processo de conformação da rede regionalizada e permite também descrever os fluxos e contrafluxos (formais e reais) configurados nos serviços de saúde.

PARTE II

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E MODELAGEM DOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS

Capítulo II

POLÍTICAS DE SAÚDE NA BAHIA: DOS ANOS 1960 A 2006

Para análise do processo de regionalização na Bahia, é necessário retroagir em busca de nuances históricas que se desdobram em estratégias e disputas no espaço-tempo das políticas de saúde, que modelam as singularidades dos sujeitos e dos territórios e que, por fim, imprimem certa lógica à gestão nas regiões de saúde.

Na Bahia, a descentralização e a regionalização das atividades da Secretaria de Saúde Pública ganharam impulso com a Lei nº 2.321, de 1966, e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas – regiões geoeconômicas. No ano seguinte, o Decreto nº 20.356 regulamentou a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (Cers) em cada uma das regiões – antes centrados em Salvador –, implantando-os em municípios com maior concentração populacional e de serviço de saúde. Nesse período, dificuldades políticas e técnicas atrapalharam a implantação de todos os Cers, sendo que o Decreto nº 21.589, de 1969, regulamentou o regimento dos Cers – oito, até então – e aprovou a implantação de mais cinco, ampliando, assim, a "regionalização" – desconcentração administrativa – da saúde no estado. (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973)

Nessa seara, Teixeira e colaboradores (1993) ressaltam que, até final dos anos 1980, não existia uma política de regionalização territorial-populacional na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), embora reconheçam alguns elementos normativos que apontavam para essa direção e que advinham da experiência dos anos 1960-1970 com a Reforma Administrativa do Estado e criação dos Cers. Esses autores destacam que a criação das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) na década de 1980, no âmbito da Sesab, e o protagonismo da Bahia, ao ser o primeiro estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), foram medidas impulsionadas por questões nacionais – movimento pela municipalização, descentralização e democratização da saúde – e internas – governo estadual de perfil democrático, com eleição direta –. Nesse sentido, por circunstâncias específicas da situação baiana, o projeto de governo, "[...] além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da [infraestrutura] da rede pública de serviços, incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS)". (TEIXEIRA et al., 1993, p. 79)

O desenho proposto englobava 104 distritos sanitários, com integração – centros de saúde e hospitais públicos ou contratados – de serviços em territórios específicos em toda Bahia, abarcando uma população de 50 a 200 mil habitantes – mesma cidade ou entre cidades –, compondo-se com uma Dires, na perspectiva de uma rede descentralizada administrativamente e integrada distritalmente para oferta de serviços. Teixeira e colaboradores (1993, p. 83) sintetizam que

> [...] a experiência da Bahia com o processo de descentralização não esgota a compreensão do SUS como resultado de uma reforma administrativa, mas estende o seu alcance à realização de uma 'reforma assistencial'. Esta implica a adoção de critérios [organizacionais] e operativos que supõem a racionalização do atendimento à demanda e busca a reorganização da oferta de serviços, de acordo com as necessidades e problemas das populações carentes que vivem, trabalham, adoecem e morrem no território dos Distritos Sanitários.

Nessa perspectiva, complementam os autores, os distritos sanitários constituíram espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local.

No final dos anos 1980, já no contexto do Suds, o governo da Bahia centrou esforços em três frentes: a) desenvolvimento da infraestrutura de recursos; b) desenvolvimento político-gerencial; e c) organização do modelo assistencial. Essas linhas básicas de ação buscavam recuperar a credibilidade dos serviços públicos de saúde perante a comunidade, adequar e expandir os serviços, abrir canais de participação da comunidade e dos profissionais da saúde na gestão do Suds, favorecer o processo de municipalização e distritalização – descentralização da gestão –, além de institucionalizar o planejamento no cotidiano da Sesab e da Dires. (PAIM, 1989) Todavia, Paim (1989) aponta que os enfrentamentos político-institucionais com certos dirigentes da Dires e setores tecnocráticos, bem como a dominância de problemas administrativos – infraestrutura e político-gerencial – e as resistências de agentes das práticas de saúde (particularmente médicos), dificultaram o avanço dessa dimensão da gestão.

O fortalecimento do convênio Suds na Bahia também avançou com a indução para que os municípios organizassem seus Conselhos Municipais de Saúde (CMS) – deliberativos e paritários – e construíssem planos municipais de saúde, para que também pudessem aderir ao Suds. Ou seja, tais medidas fomentadas pela Sesab, em 1988, estabeleceram as estratégias para a municipalização dos serviços de saúde e a descentralização da gestão. (PAIM, 1989) Um importante destaque ao protagonismo da Bahia, nesse momento histórico, é feito por Arouca (1991, p. 16 apud PAIM, 2007, p. 224), quando afirma que "o braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais de saúde paritários, deliberativos, aconteceu em muitos poucos lugares – e, sem sombra de dúvida, um lugar onde aconteceu foi na Bahia".

Na Bahia, assim como em todo o Brasil, a implantação do SUS, nos anos 1990, aconteceu imersa numa conjuntura desfavorável, pois as forças hegemônicas apontavam para reforma restritiva do Estado

– redução de funções – e estreitamento das políticas sociais. (COELHO; PAIM, 2005; SOARES, 2002) Por sua vez, as diferentes normas operacionais foram estratégias de indução do Ministério da Saúde às formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que

> [...] estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional [...]. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 27)

A NOB 93, por exemplo, é considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação e pactuação e assegurou flexibilidade no processo de organização e formas diferenciadas de financiamento por condição técnica e operativa de gestão – parcial, semiplena e plena –, estabelecendo graus crescentes de descentralização do SUS. (SOLLA, 2006) Nesse momento, na Bahia, cria-se a CIB como fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, sendo composta de forma paritária e constituída por representação do estado – indicados pela Sesab – e do município – indicados pelo Cosems – e com decisões tomadas por consenso. A CIB é uma instância de caráter informativo, consultivo e deliberativo, sendo instituída na Bahia pela Portaria nº 2.094, de 1993. (BAHIA, 2007)

Em relação à CIB, na Bahia, ainda que se constitua um palco privilegiado de negociações entre gestores, as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos – muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993 a 1998 foi analisado e, neste estudo, destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos. (GUIMARÃES, 2003)

Tais práticas comprometeram o processo de implantação da NOB 93 no estado, pois a Sesab, na época, não estimulou o processo

de descentralização, e nenhum município assumiu a gestão semi-plena, sendo que somente cerca da metade habilitou-se na gestão incipiente. Soma-se o fato de que, até 1998, não havia descentralização das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para qualquer município. (SOLLA, 2010) Para esse autor, "a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidarização na relação intergestores". (SOLLA, 2010, p. 125)

Por outro lado, o acúmulo de experiências, em diferentes partes do Brasil, deflagrou a luta por plena responsabilidade do ente público municipal sobre a gestão do sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços. E, com a NOB 96, simplificaram-se as modalidades de gestão municipal em dois níveis – plena da Atenção Básica e plena do sistema municipal –, além de consolidar o processo de descentralização do SUS. Essa norma operacional engendrou dispositivos importantes que fortaleceram a gestão municipal: 1) transferência automática e direta de recursos financeiros – fundo nacional ao fundo municipal –; 2) Piso Assistencial Básico (PAB) com diferencial para incentivo à Saúde da Família e outros programas; 3) PPI, apontando para necessidade de integração de sistemas intermunicipais – regionalização. Porém, uma das críticas à NOB 96 é que

> impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois essa condição só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 65)

Especificamente na Bahia, as novas regras de transferência de recursos financeiros favorecem a política de descentralização e habilitação como gestores da saúde, pois, para a maioria dos municípios, é uma forma de captação direta de recursos da União para o seu território. Em virtude disso,

> o estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados [...]. Até o ano de 1996 apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998 este número passou para 351 municípios. (GUIMARÃES, 2003, p. 122)

No Brasil, o grande número de municípios de pequeno porte, bem como as profundas assimetrias na capacidade de provisão de serviços de saúde nesses territórios, inviabilizava não somente a gestão plena, mas sinalizava, também, a necessidade de planejamento territorial e compatibilização de redes intermunicipais em espaços microrregionais. Além disso, "as diretrizes das normas editadas na década de 1990 continham poucos estímulos à integração horizontal dos entes [federados] [...]". (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 113) Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde edita as Noas 2001 e 2002, estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da Atenção Básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a Noas que se estabelece a necessidade de elaboração de um PDR pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais. Para atender a essa demanda, em 2001, a Sesab, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (Sudesc), assumiu a responsabilidade de coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial 6 macrorregiões e 31 microrregiões (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012), e, em 2003, o estado assumiu a gestão plena, que "[...] permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou

a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS". (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012, p. 44)

Todavia, no início dos anos 2000, a condução da política de saúde pela Sesab restringia-se a uma participação acanhada do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da CIB, porquanto, o clientelismo e o favorecimento político faziam parte da dinâmica de decisões do Estado, direcionando as indicações políticas nas instituições de saúde, nos níveis regional e local. Em razão disso,

> [...] a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de 'alto escalão' ou do alto *staff* do Executivo. (COELHO; PAIM, 2005, p. 1380, grifo do autor)

REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA NO CONTEXTO DO PACTO PELA SAÚDE: DA HABILITAÇÃO "CARTORIAL" À PACTUAÇÃO "VOLUNTÁRIA" (2007-2012)

A regionalização da rede assistencial de serviços de saúde no Brasil é um princípio estruturante do SUS; contudo, ganha maior destaque na agenda política no início dos anos 2000, com a Noas e, mais recentemente, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ressalta-se, ainda, que o processo de regionalização seguiu diferentes caminhos e distintos ritmos, conforme os contextos e seus condicionantes institucionais e políticos nas unidades federadas.

A regionalização, no Brasil, caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa. Ao mesmo tempo, deve buscar a construção de um modelo solidário

e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, "envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política". (VIANA; LIMA, 2011, p. 13)

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, bem como a substituição do processo "cartorial" de habilitação – conforme NOB e Noas – por adesão "voluntária" para um modelo de contratualização – Termo de Compromisso de Gestão – entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria nº 2.581, de 2007. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Em relação ao Pacto pela Saúde, houve, na Bahia, um hiato entre o movimento desencadeado pelo Ministério da Saúde e a sua implantação no estado. Um ponto a ser considerado é que, em 2006, aconteceram eleições para governadores e, no caso da Bahia, houve mudança de governo após 16 anos de gestão do chamado núcleo conservador. Nessa perspectiva, em 2006, a gestão estadual colocava-se contrária à assinatura do Pacto, numa perspectiva mais de oposição à União do que técnica – embora o município de Barra do Choça, na região de saúde de Vitória da Conquista, tenha sido o único do estado a fazer a adesão, mas sem grandes efeitos práticos. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das regiões de saúde e movimentos para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR).[5]

5 Estabelecidos pela Portaria/GM-MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trata da regionalização e seus pressupostos. Elaboração do regimento interno da Bahia, em 2007, e instituídos por Resolução CIB 143, de 9 de outubro de 2007. Início do processo de implantação dos CGMR em maio 2008. (MAGALHÃES, 2010)

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011 destaca as seis diretrizes que constituem a agenda de governo para consolidação do SUS na Bahia (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009):

a. regionalização solidária da atenção à saúde;
b. gestão do trabalho e da educação permanente em saúde;
c. intersetorialidade e transversalidade nas ações;
d. valorização do trabalhador do SUS;
e. comunicação e diálogo com os parceiros e a sociedade;
f. resolubilidade e satisfação do usuário do SUS.

Por esse ângulo, as diretrizes precisam ser articuladas entre os 417 municípios que compõem o território baiano. Uma das estratégias tem sido a regionalização, que é explicitada no PDR. (BAHIA, 2008) Para tanto, o PDR de 2001 foi revisado em 2003 e alterado em 2004. Por último, foi revisto em 2007,[6] quando o território sanitário da Bahia foi organizado em 9 macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios).

A concentração de tecnologia de alta densidade no município de Salvador converge na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados, além de apoio diagnóstico e terapêutico, pois, nas demais regiões, há uma predominância de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte – com capacidade restrita para resolver problemas que necessitam de procedimentos e terapias que envolvam tecnologias mais adensadas. Desde então, um grande desafio na gestão estadual é conformar uma rede de serviços de saúde que supere os

6 Em 2011, o PDR passou por uma atualização oficializada pela Resolução da CIB nº 181, de 24 de agosto de 2011. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

"[...] grandes vazios assistenciais, observando [a] economia de escala e de escopo, qualidade e integralidade da assistência". (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009, p. 22)

De acordo com o PES 2008-2011 (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009), existia uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste é a que apresentava maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observava-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste eram as regiões de saúde que apresentavam menor concentração.

O desenho do PDR baseou-se nos conceitos de economia de escala e de escopo aplicados às microrregiões e aos respectivos municípios de referência, na capacidade de investimento do estado, na sustentabilidade econômica dos municípios de referência, nas distâncias e trajetos de deslocamentos dos usuários (acesso), na capacidade instalada pública – unidades assistenciais, leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e leitos totais. Entre os critérios utilizados para o desenho das regiões de saúde, ressaltam-se os populacionais e os de acesso viário, sendo adotados parâmetros para adequação às diversas realidades regionais do estado. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009)

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, novas relações de cooperação foram se estabelecendo entre os entes federativos. Nessa perspectiva, dos 417 municípios baianos, 347 estavam sob gestão estadual do sistema de saúde, representando 83% do total, e 70 municípios, representando os 17% restantes, assumiram o comando único do sistema de saúde local – comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território. Ressalta-se que, no estado da Bahia, 269 municípios assinaram o Pacto pela Saúde. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Para o processo de "regionalização viva", ou seja, processo permanente de negociação entre os municípios e o estado, existe uma série de instâncias de debate e pactuação. Entre as instâncias, tem-se a CIB – que tem caráter deliberativo e foi instituída na Bahia pela Portaria de

nº 2.094, de 21 de junho de 1993 (BAHIA, 2007) –, o Cosems, os CGMR[7] e o Conselho Estadual de Representantes Regionais (Coner) – estrutura de representação regional do Cosems. Com a implantação dos CGMR, desde 2007, as CIB macrorregionais deixaram de funcionar, abrindo espaço para os CGMR. (VIANA; LIMA, 2010a)

O CGMR – atualmente, Comissão Intergestores Regional (CIR) – reúne os municípios de cada microrregião de saúde – atualmente, região de saúde –, num total de 28 CGMR/CIR distribuídos entre as 9 macrorregiões. Trata-se de instância colegiada, de natureza permanente e de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do território regional, a partir de decisões tomadas por consenso no conjunto dos municípios correspondentes às microrregiões de saúde estabelecidas pelo PDR e de caráter consultivo para a CIB quando se referir às questões que envolvam outras microrregiões/macrorregiões do estado. (BAHIA, 2007b)

Acerca do funcionamento dos órgãos colegiados envolvidos com a regionalização no estado da Bahia, Viana e Lima (2010a) sintetizam que os CGMR/CIR passaram a ser responsáveis, entre outros, pela avaliação dos pleitos de adesão ao Pacto de Gestão encaminhados pelos municípios pertencentes à microrregião de referência após aprovação dos CMS, havendo, ainda, o esforço para adesão em "bloco de municípios". Com efeito, a regionalização da atenção à saúde, na Bahia, aparece como uma das diretrizes estratégicas, como compromisso e objetivo específico na agenda de governo no PES 2008-2011 (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009), sendo reafirmada no PES 2012-2015. (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Em dezembro de 2014, de maneira ambígua, foi publicada a Lei Estadual nº 13.204, que, dentre outras modificações na estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, determina a extinção das Dires e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Os NRS, em substituição às Dires, têm como finalidade acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como

7 Começaram a ser implantados no final de 2007, substituindo as antigas CIB macrorregionais (CIB Macro). (VIANA; LIMA, 2010a)

as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios. (BAHIA, 2014)

A reforma administrativa em curso na Bahia tem sido encarada como um enxugamento da "máquina pública" para diminuição de gastos, em detrimento do processo de fortalecimento e aperfeiçoamento da regionalização. Entre outras coisas, as Dires desenvolviam ou poderiam desenvolver um vigoroso apoio institucional aos municípios nas regiões de saúde (ALMEIDA; SANTOS, 2015; PINHEIRO; JESUS, 2014; SANTOS; ASSIS, 2017), ou seja, os NRS precisarão responder a uma demanda de fortalecimento das redes regionais de saúde.

Ainda assim, houve movimentos na busca de modelagens sanitárias que respondessem a uma governança regional com vista à conformação de uma rede de atenção à saúde integrada e compartilhada entre os municípios em cada região de saúde. Nesse sentido, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), proposto no Decreto nº 7.508, teve como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Para tanto, foram desenvolvidos seminários na CIB para operacionalização da implantação do Coap, oficinas de trabalho, rodas de conversa, além da implementação do Observatório Baiano de Regionalização – ferramenta de acompanhamento das 28 CIR –, realização de Encontros Estaduais de Regionalização da Saúde e de Mostras de Experiências dos CGMR/CIR, bem como apoio virtual e uso do GeoPortal de informação em saúde para dinamizar a troca de informação entre gestores e, também, como espaço educativo.

Parte III

GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Capítulo III

GOVERNANÇA NA REGIÃO DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E DISPUTAS NA GESTÃO DO CUIDADO

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL: INSTITUCIONALIDADE, REPRESENTATIVIDADE E DINÂMICA DOS SUJEITOS

Com as diretrizes do Pacto pela Saúde, nos seus três eixos – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) estabeleceu novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS, tendo como diretriz fulcral o processo de regionalização. O Pacto pela Saúde revisitou e atualizou os instrumentos experimentados na Noas (PDR, PDI e PPI), alicerçando-os num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os entes federados, substituindo o processo de habilitação pela adesão voluntária aos TCG, constituindo espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos CGR – atualmente, CIR –, num processo de "regionalização viva". (BRASIL, 2006a, 2007)

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), os CRG são a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criaram um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, "com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de 'vazio' de governança regional". (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2320)

A CIR[8] na região de saúde de Vitória da Conquista foi instituída pela Resolução CIB 143 em 9 de outubro de 2007 (BAHIA, 2007b) e funcionava regularmente. É constituída por 19 municípios, que compõem a respectiva região de saúde e fazem parte da macrorregião Sudoeste de saúde, conforme desenho do PDR, atualizado pela Resolução CIB 132, em 20 de setembro de 2007. (BAHIA, 2007b) Algumas características da gestão da saúde dos 19 municípios que compõem essa região de saúde são apresentadas na Tabela 1.

8 Na época, chamava-se "Colegiado de Gestão Microrregional" (CGMR), mas, neste livro, optou-se pela denominação atual de "Comissão Intergestores Regional" (CIR).

Tabela 1 – Região de saúde de Vitória da Conquista, municípios, população e características da gestão e dos gestores da saúde, 2012

Município	População (hab.)1	Gestão da saúde	Formação secre-tário de saúde	Ano que assumiu cargo**	Partido prefeito2 (2009-2012)	Partido prefeito2 (2013-2016)
Anagé	25.516	Estadual	Direito	2009	PTB	PT
Barra do Choça	34.788	Municipal	Administração	2009	PP	PP
Belo Campo	16.021	Municipal	Enfermagem	2010	DEM	PSD
Bom Jesus da Serra	10.113	Estadual	Pedagogia*	2008	PMDB	PSD
Caetanos	13.639	Estadual	Administração	2006	PSB	PSDB
Cândido Sales	27.918	Estadual	Administração*	2011	PMDB	PSB
Caraíbas	10.222	Estadual	Nível médio	2007	PTB	PDT
Condeúba	16.898	Estadual	Geografia	2008	PMDB	PT
Cordeiros	8.168	Estadual	Enfermagem	2009	PT	PSD
Encruzilhada	23.766	Estadual	Direito*	2010	PTB	PT
Maetinga	7.038	Municipal	Biologia	2007	DEM	PT
Mirante	10.507	Estadual	Administração	2009	PMDB	PMDB
Piripá	12.783	Estadual	Enfermagem	2005	PDT	PP
Planalto	24.481	Estadual	Enfermagem	2006	PP	PT
Poções	44.701	Estadual	Engenharia	2009	PTB	PC do B
Pres. Jânio Quadros	13.652	Municipal	Farmácia	2009	PMDB	PT
Ribeirão do Largo	8.602	Estadual	Nível médio	2011	PT	PMDB
Tremedal	17.029	Estadual	Administração*	2009	PSC	PT
Vitória da Conquista	306.866	Municipal	Enfermagem	2010	PT	PT

Notas:
(*) estavam cursando (**) estavam no cargo em dezembro de 2011
(1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2010
(2) Tribunal Superior Eleitoral

Fonte: elaborada pelo autor com base em Brasil (2012b) e SEI (2010).

De acordo com a tipologia nacional para os CGR desenvolvida por Ferreira e Dini (2011), a CIR encontrava-se no grupamento socioeconômico com menor desenvolvimento econômico e humano e com predominância de um sistema de saúde com baixa densidade tecnológica. Em relação ao perfil de prestadores do SUS, a CIR posicionou-se no grupo intermediário, porque, segundo o estudo, trata-se de regiões com presença expressiva tanto dos prestadores públicos quanto dos privados, com os primeiros respondendo por 90% na produção ambulatorial, incluindo a média e alta densidade tecnológica, e os últimos na atenção hospitalar, respondendo por 60% dos leitos SUS.

A composição da CIR não era paritária e constituia-se por dois representantes da Sesab – indicados pelo gestor estadual da saúde – e por todos os 19 secretários municipais de saúde da região de saúde – sem suplência.

Um dos representantes da Sesab na CIR era o diretor da Regional de Saúde – 20ª Dires, extinta em 2014 –, também responsável por sua coordenação. A vice-coordenação era assumida por um dos secretários municipais de saúde, indicado pelos pares. Na região de Vitória da Conquista, essa atribuição, em 2011, estava na incumbência do secretário de saúde do município Presidente Jânio Quadros. A secretaria executiva da CIR era de responsabilidade do município-sede da região, ocupada pelo secretário de saúde de Vitória da Conquista. O segundo indicado da Sesab como membro efetivo pertencia ao seu nível central, sendo representado na CIR por um técnico da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada (Dipro). A representação de um participante do nível central era justificada, segundo Viana e Lima (2010a), pela necessidade de diminuir as influências políticas na atuação da própria Sesab em âmbito regional.

O mandato dos membros da CIR seguia, para os secretários municipais de saúde, o período de vigência da função no cargo no seu respectivo município e, para os representantes do estado, ficava condicionado à indicação do secretário estadual de saúde, podendo, portanto, ser alterado

conforme conveniência da Sesab. Nesse caso, por conta do pleito de 2012, com mudança de partido em 16 dos 19 municípios (Tabela 1), houve ampla alteração nas representações na CIR.

O funcionamento da CIR era regular, por meio de uma reunião ordinária por mês, podendo reunir-se extraordinariamente para tratar de assuntos especiais ou urgentes. As deliberações eram tomadas por consenso dos membros presentes, com quórum mínimo estabelecido em regimento – maioria absoluta, isto é, no mínimo, metade dos membros mais um dos integrantes formais, contando com a presença obrigatória de um representante do estado. (BAHIA, 2007a) Essa lógica de trabalhar por consenso, de acordo com as observações realizadas em reuniões no colegiado, incentivava a manifestação de todos os gestores envolvidos. Por isso, as discussões levavam a tensões entre as partes, tendo, inclusive, uma reunião sido interrompida por conta de entrave insuperável em relação à definição dos municípios que receberiam uma "Casa de Parto" em resposta à política ministerial da "Rede Cegonha".

Todavia, na perspectiva de um fórum democrático, na obtenção do consenso numa plenária em que todos os participantes precisam se manifestar, os pactos são mais demorados; por outro lado, têm chance de serem mais sustentáveis. (SILVA; LABRA, 2001) Nesses casos, o regimento previa que, após duas reuniões consecutivas da CIR sem resolução do impasse, a matéria fosse encaminhada para discussão e decisão na CIB. Por sua vez, as decisões tomadas no colegiado eram soberanas e somente poderiam ser vetadas pela CIB em caso de estarem em desacordo com a legislação vigente ou normas pertinentes ao tópico em debate. Desde março de 2012, para facilitar o acesso público, as atas das reuniões da CIR estavam disponíveis *on-line* no sítio eletrônico da Dipro.[9]

O regimento previa, para organização da CIR, uma plenária, uma secretaria executiva, câmaras técnicas e grupos de trabalho. As reuniões eram abertas ao público, sendo facultado o direito à voz às pessoas não

9 Atualmente, estão disponíveis no *site* do Observatório Baiano de Regionalização: < http://www.saude.ba.gov.br/obr/ >.

integrantes do colegiado, quando autorizado pela plenária e pela mesa coordenadora. (BAHIA, 2007a) As reuniões da CIR ocorriam na sede da 20ª Dires – atualmente, NRS – e a tolerância para início das sessões, de acordo com o regulamento, era de 30 minutos, a partir do horário agendado.

O descumprimento do horário das reuniões da CIR – ordinárias e extraordinárias – foi um problema observado no período de setembro de 2011 a março de 2012. A continuidade dessa prática foi também revelada nas atas das reuniões de abril a setembro de 2012 – não houve reuniões em janeiro e fevereiro de 2012. As reuniões, agendadas para 8h30, começavam com atrasos de até 3 horas, sendo que a falta de quórum por ausência de alguns secretários de saúde foi o principal motivo. Os atrasos constantes de secretários municipais de saúde ou mesmo da coordenação ou vice-coordenação da CIR, ainda que em desacordo com o direcionamento do regimento, não deflagravam, nos participantes, ações que exigissem o seu cumprimento, salvo algumas reclamações pontuais e apelos frequentes da coordenação da CIR para que tal conduta fosse revertida. Todavia, não havia mecanismos legais para coibir a não participação ou os atrasos, por isso, talvez, houvesse tolerância e alargamento do tempo de espera, na busca de cumprir, pelo menos, os ritos necessários à aprovação de demandas burocráticas requeridas pela CIB e Sesab. Pode-se, ainda, julgar que, sendo o colegiado um órgão de deliberações às demandas que precisavam ser corresponsabilizadas, num contexto que necessitava de integração dos sistemas de serviços de saúde intermunicipais, existiam muitas fragilidades na condução e participação dos envolvidos e "responsáveis" por direcionar o processo.

Percebeu-se que os atrasos comprometiam a qualidade dos debates, pois:

1. muitos participantes que cumpriam o horário relatavam insatisfação, cansaço e desprestígio diante de outros membros efetivos que sempre atrasavam;

2. as discussões eram encurtadas para cumprir a pauta, ou a pauta, muitas vezes, não era esgotada, sendo necessária a marcação de reuniões extraordinárias;
3. temas importantes para gestão de políticas de saúde eram debatidos com brevidade e sem aprofundamento;
4. alguns secretários acabavam saindo antes do término da reunião para resolver outras necessidades;
5. as reuniões comprometiam o horário de almoço, gerando protestos da plenária e a solicitação de abreviação dos debates. O desabafo do entrevistado sintetiza essa problemática: com atrasos nas reuniões, "*acabam votando sem saber*" e "*as reuniões perdem o foco*".

> *[...] eu mesma, hoje, cheguei à reunião às 9h30. Porque eu chegava às 8 horas e nunca começou. Começava 10 horas-11 horas, já começou até 11h30 e, se eu soubesse que começava 11h30, procuraria me organizar para chegar às 11h30 e ir embora na hora que terminar. [...] isso dispersa, até por conta de ficar uma coisa muito longa e cansativa. [...] eles acabam votando naquilo sem saber no que estão votando, como aconteceu na linha de cuidado, que votaram sem saber. [...] às vezes, as reuniões perdem o foco, [...] tinham que ter uma pauta definida como está tendo ultimamente. Deveria começar no horário*. (Entrevistado 17, gestor estadual)

No entanto, os atrasos pareciam ser apenas a ponta do *iceberg*. As observações na CIR e os argumentos dos entrevistados apontaram para dificuldades que comprometiam a lógica de um "colegiado gestor". Os problemas estavam relacionados ao descompromisso e à desatenção de alguns secretários de saúde durante a plenária, à presença do gestor da saúde condicionada à existência de pauta de interesse do próprio município em detrimento da solidariedade regional, à compreensão e ao posicionamento contrário de alguns secretários de saúde acerca da regionalização e da construção de redes de saúde intermunicipais e compartilhadas. Muitas dessas questões foram relacionadas à inexistência de formação técnica dos secretários de saúde (Tabela 1) e à competência

para exercer o cargo de gestor da saúde. Os depoimentos desvelam alguns desses pontos:

Presença do gestor da saúde condicionada à existência de pauta de interesse do próprio município...

> *[...] há uma fragilidade quando você vê esvaziamento de gestores, mesmo estando na reunião, um 'entra e sai'. Um movimento que a gente percebe que não há uma atenção dedicada para aquele momento. Então, quando a pauta é do município X, aí você tem a presença daquele determinado município e a articulação dele com os demais para se fazer presente na reunião. [...] quando tem investimento, quando tem um recurso novo, quando tem uma possibilidade de incrementar a rede, a gente vê um movimento maior dos gestores nesse sentido.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

Incompatibilidade técnica no exercício da função gestora...

> *[...] gestor é um cargo de confiança, porém ele é nomeado pela confiança do prefeito, e nem sempre quem detém as informações técnicas coincide com a pessoa de confiança do prefeito. Muitas vezes, ele é só de confiança, então tem essa dificuldade. [...] Tem muito secretário que entra na reunião [da CIR] e você tem a nítida sensação que ele não está entendendo absolutamente nada [...].* (Entrevistado 7, gestor municipal)

A CIR, ainda assim, era um espaço democrático e com potencialidades para engendramento de políticas de saúde que dependem de cooperação e compartilhamento de responsabilidades na gestão, abrindo espaço para a negociação de perspectivas diferentes. Os registros de campo captaram que a CIR estava sendo palco de aprendizagem para a gestão municipal, uma vez que, mesmo discordando em publicizar as ações locais, os secretários de saúde necessitavam negociar entre os pares, visto que muitos projetos e financiamentos para os municípios passaram a exigir o aval do colegiado, antes de ascender à CIB.

Para Campos (2006, p. 434),

> nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. No entanto, somente o fato de obrigar os mais poderosos a compartilharem a elaboração de diagnósticos e a tomada de decisão implica grandes mudanças.

A dinâmica interna da CIR refletia essas assimetrias de poderes (técnico ou político) historicamente estabelecidos nos territórios, mas possibilitava trocas de experiências entre os municípios da região, estreitado os discursos entre os gestores, pois, para alguns entrevistados, a articulação entre gestores era uma possibilidade remota, visto que as disputas aconteciam em reuniões da CIB, em Salvador, e, por causa da distância, não contava com a participação efetiva de todos os gestores. Além disso, faziam parte da rotina das pautas de reuniões da CIR a apresentação e a discussão de novas políticas federais e estaduais, geralmente conduzidas por técnicos da Sesab e da Dires, servido para indução, via estímulo financeiro, para que os secretários de saúde adotassem medidas de fortalecimento regional.

Do ponto de vista organizacional, a CIR permanecia, em 2011, sem câmara técnica e com grupos de trabalho pontuais e restritos a demandas normativas e induzidas por linhas de financiamento verticais, pois não havia uma cultura institucional de planejamento regional que indicasse as necessidades comuns aos territórios e que ascendesse aos demais entes subnacionais e redefinisse as pautas de prioridades. Além disso, alguns instrumentos internos importantes para o andamento dos trabalhos e que poderiam instrumentalizar o planejamento – como o Plano de Ação Regional (PAR) e o PDI Regional – não se constituíam enquanto ferramentas operacionais no colegiado regional, que permanecia "apagando incêndio". As observações e relatos de gestores revelaram que o PAR e o PDI eram instrumentos burocráticos concebidos de forma

pulverizada entre os municípios, que aglutinavam dados do sistema de informação em saúde, nem sempre atualizados, guiados pela oferta e pela série histórica de prestação de serviço. Desse modo, eram reproduzidos os vazios assistenciais, sem uso de levantamentos epidemiológicos que retratassem as condições de saúde nos territórios. As falas a seguir reportam-se a tais situações:

Pautas induzidas por demandas ministeriais e burocráticas…

> *[…] existe essa coisa do pouco amadurecimento em relação ao entendimento de regionalização; as pautas já vêm de uma política que está pré-estabelecidas. Você tem agora claramente sendo discutida a política de urgência. Então, todo mundo se articula, porque: 'Ah, eu não tenho rede de urgência, eu não tenho suporte para atender no meu território, então vamos discutir a rede de urgência'. Ainda não houve um amadurecimento no sentido da gente dizer: 'Nós estamos precisando discutir determinado ponto para fortalecer a região'.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

Debates focados nas questões imediatas, sem espaço para discussão do modelo de atenção na rede. . .

> *[…] as reuniões da CIR que eu assisti e participei foram muito ligadas à questão de controle de vagas em hospitais, de atenção às urgências e emergências. Nunca vi uma discussão amadurecida sobre os problemas de saúde da população; essa coisa eu nunca presenciei na CIR.* (Entrevistado 14, gestor regional)

A CIR, sendo um espaço institucional deliberativo, possui um *status* de governança locorregional com potencialidade de interferir nas políticas regionais por meio de seus agentes, os secretários de saúde. O grande desafio residia na necessidade de consenso entre os pares municipais que gozavam de graus distintos de autonomia técnica e política para intervir e produzir políticas de saúde de caráter regional, sem que estas colidissem com os interesses particulares de diferentes agentes municipais consolidados no espaço do poder local. Nesse aspecto, a CIR é

uma instituição criada do topo para a base (*top-down*), na busca de minimizar os "efeitos paradoxais" (CAMPOS, 2006) da descentralização sobre questões que são de interesse coletivo, que plasmam as fronteiras e que requerem que planejamento e ação sejam compartilhados e cogestionados. Ainda assim, assistiu-se na CIR a uma reprodução do poder local que se articulava, por indução, a outros poderes locais, mas sem, essencialmente, redefinir novos cenários e que, por conseguinte, forjavam uma rede de atenção à saúde sem identidade solidária, ainda que interdependente.

Nesse caso, ainda que a CIR seja uma promissora estratégia de gestão pública, a delegação de poderes estava condicionada à decisão política do executivo de cada ente subnacional, que se fazia representada na figura do secretário, sucumbindo as decisões técnicas aos mecanismos do jogo partidário. Assim, o jogo de poder na dinâmica da CIR era dúbio, pois se, por um lado, alimentava a noção de fortalecimento regional, por outro, estava capturado pelas forças hegemônicas locais para o avanço e conservação do *status quo*. Para Baremblitt (1994, p. 35),

> as instituições, organizações, estabelecimentos e práticas apresentam uma função. Esta função está sempre a serviço das formas históricas de exploração, dominação e mistificação que se apresentam nesta sociedade [...] Função é sinônimo de reprodução: é a tentativa de reiterar o igual, de perpetuar o que já existe, aquilo que não é operativo para acompanhar as transformações sociais.

Sob essa óptica, os argumentos dos entrevistados denunciavam que a interferência política e a baixa autonomia dos secretários de saúde evidenciavam a fragilidade do processo decisório no colegiado regional e as ingerências nos territórios. Poucos eram os secretários de saúde responsáveis pela gestão financeira da saúde em seus municípios e, por isso, não conseguiam definir as políticas locais de saúde sem a anuência prévia dos prefeitos. Os relatos dos gestores sintetizavam esse jogo de interesses:

Secretário de Saúde não gere o Fundo Municipal de Saúde...

> *[...] a maioria dos municípios é assim: o secretário vai atrás, corre atrás das políticas, traz tudo, mas, na hora de ordenar, quem ordena é o tesoureiro da prefeitura ou o secretário de administração da prefeitura, e o secretário de saúde [...] começa a assumir responsabilidade de muita coisa e não sabe nem o que está acontecendo. [...] porque ele não tem autonomia para contratar, não tem autonomia para contratualizar um serviço ou um prestador [...].* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Paradoxo entre colegiado regional e interesses locais...

> *[...] esse olhar solidário, compartilhado, de responsabilidades é uma grande utopia! Primeiro, você não pode garantir que [...] o gestor do município A pense solidariamente no sentido de crescimento da região com o município B. [...] se eles são de partidos políticos diferentes, eles têm uma ideologia diferente. [...] Mas se eles pensam de forma diferente, então, o que interessa enquanto ator político no território é manter o poder, com os métodos que são os métodos que ele sabe trabalhar, que é o que o partido defende, ou o que a linha política traz. E para isso, muitas vezes, para reproduzir o poder, nem sempre ser republicano é o melhor caminho.* (Entrevistado 15, gestor estadual)

Tais questões agravavam-se quando associadas ao despreparo dos secretários de saúde, pois são cargos de confiança, nem sempre associados à competência técnica. Para superar a lacuna técnica de alguns secretários de saúde – ou simplesmente para agregar força ou qualificar as intervenções dos secretários municipais de saúde –, estes compareciam às reuniões da CIR acompanhados por pessoal de apoio, geralmente coordenadores e técnicos de programas das secretarias municipais de saúde. Nesse sentido, a presença dos técnicos das secretarias, ainda que não fosse deliberativa – não tinham direito a voto –, configurava uma importante força interna, pois participavam dos debates e influenciavam as decisões com argumentos mais qualificados. Essa experiência de maior adesão dos técnicos das secretarias nas plenárias também foi constatada por Assis e colaboradores (2009), na implantação do colegiado regional

de Campinas, em São Paulo. Os recortes adiante evidenciam esse contexto na região de Vitória da Conquista:

Debates qualificados pela presença de técnicos das [Secretaria Municipal de Saúde] SMS na CIR...

> *[...] na verdade, ele [secretário] tem o poder de decisão, mas a reunião é aberta para os técnicos, e você vê a movimentação partindo dos técnicos das secretarias. Então, isso enriquece também a discussão, pois é quem vive diariamente na ponta, mas [...] eu acho que a gente poderia ter, às vezes, um colegiado muito mais rico, buscando outras experiências, e você tem, às vezes, discussões, ali, muito elementares [...].* (Entrevistado 7, gestor municipal)

Secretários sem perfil e sem competência técnica para gerir políticas de saúde...

> *Tem secretário de saúde que não tem o perfil para assumir aquela secretaria e muitos secretários, também, que não assumem realmente o seu papel. Então, deixa muito a cargo de um assessor, de um coordenador, de outro a resolver. As reuniões com os coordenadores são muito mais produtivas. Porque os coordenadores sabem que, no fundo, quem tem que elaborar e construir tudo são eles. Porque o secretário, alguns sempre terminam deliberando e quem termina assumindo, às vezes, até o papel do próprio secretário é o coordenador.* (Entrevistado 12, gestor regional)

Os achados concernentes à CIR mostram que a sua institucionalidade estava bem delimitada no aspecto burocrático, com fluxos administrativos com as secretarias municipais de saúde e com os demais órgãos colegiados bem estabelecidos. Por sua vez, a dinâmica dos sujeitos explicitou os atravessamentos típicos de uma instituição que tem o desafio de compatibilizar interesses díspares, em cenário de intensa disputa de poder. Com isso, percebeu-se também a potência dos agentes da CIR, pois as contradições e as diferentes visões de mundo em disputa nunca são capturadas totalmente pelo instituído. Há, segundo Baremblitt (1994), zonas de fuga que transversalizam as instituições e permitem que os sujeitos

não se reduzam à ordem hierárquica, ou seja, brechas que criam dispositivos "que não respeitam os limites das unidades organizacionais formalmente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas". (BAREMBLITT, 1994, p. 38) Essa pode ser a força ou a fragilidade da CIR, posto que depende de como essas brechas são ocupadas e quão voltadas às necessidades sociais são suas intenções.

MICROPODERES NAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS E O PAPEL DE "APOIADOR INSTITUCIONAL" DA DIRES NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A CIR alterou a força e a função de alguns órgãos colegiados na região de saúde. A CIB da macrorregião Sudoeste[10] perdeu a função, sendo substituída e tendo suas atribuições incorporadas ao fluxo de decisões da CIB pela CIR, mesmo porque a regulamentação das CIB macro, na Bahia, foi coincidente com o movimento de implantação dos CGMR (atuais CIR), não chegando a se firmar enquanto órgão representativo da macrorregião Sudoeste. Da mesma forma, o Coner[11] perdeu relevância e passou a ser uma instância com escassa expressão local, pois os secretários que faziam parte de sua composição também compuham a CIR. Além disso, é na comissão regional que as deliberações regionais são tomadas de fato e

10 As CIB macro, regulamentadas pela Resolução CIB 145/2007, eram instâncias colegiadas com delegação da CIB-BA para discussão, negociação e pactuação das questões do SUS dentro do conjunto dos municípios correspondentes às nove macrorregiões de saúde estabelecidas pelo PDR. (BAHIA, 2007b) Contudo, diferente da CIR, que tem representação de todos os municípios, as CIB macro eram compostas paritariamente por representantes, titulares e suplentes do estado e dos municípios, tendo a seguinte constituição: I) Do estado: um representante do nível central da Sesab e representantes das Dires ou Unidades de Saúde Estaduais na mesma quantidade das regiões de saúde que compunham a macrorregião para a qual a CIB macro estava sendo constituída. II) Dos municípios: um representante do Coner e um representante de cada região de saúde que compunha a macrorregião. Os coordenadores das CIB macro eram indicados pelo coordenador da CIB.

11 O Coner é uma instituição regional representativa do Cosems. Seus membros, eleitos nas regionais, são os indicados pelo Cosems a compor a CIB.

conduzidas diretamente à CIB, ou seja, "altera a lógica de organização do próprio COSEMS, na medida em que os municípios se fazem presentes nos CGMR/CIR, independentemente de sua representação no CONER". (VIANA; LIMA, 2010a, p. 25) Viana e Lima (2010a) complementam que a reconfiguração das representações regionais nos órgãos colegiados, na Bahia, foi importante porque havia "dificuldades de articulação interna no COSEMS, o que muitas vezes comprometia a representatividade dos municípios na CIB". (VIANA; LIMA, 2010a, p. 13)

Por outra via, a 20ª Dires passou a assumir protagonismo na coordenação da CIR. Mesmo sem interferir diretamente nas decisões da plenária, converteu-se em uma voz que perpassava e mediava os debates no processo de negociação regional. Destaca-se que a direção da Dires sempre foi um cargo de confiança da Sesab, que, por sua vez, era permeável às forças políticas regionais, sendo, portanto, uma instância com relevante peso político-partidário. (COELHO; PAIM, 2005; GUIMARÃES, 2003) O envolvimento partidário da direção da 20ª Dires – coordenação da CIR – era visto com preocupação pelos gestores municipais de partidos de oposição ao governo estadual, ao passo que era destacado pelos demais como facilitador na condução das pautas no colegiado regional. Um dado interessante que emergiu das entrevistas destacou as disputas internas entre Sesab e Cosems na construção do regimento para os CGMR/CIR da Bahia.

Na época, o Cosems protagonizou uma luta pela divisão de poder dentro dos CGMR/CIR. Para tanto, propôs uma secretaria executiva, sob a responsabilidade do secretário municipal da cidade sede da região de saúde, com a intenção de tornar a condução interna do CGMR/CIR compartilhada entre Dires (estado) e Cosems (município), uma vez que tanto a CIB macro quanto o Coner perderam espaço nas regionais. Os recortes destacados a seguir trazem os elementos desse debate:

Direção da Dires é permeável às forças políticas regionais ligadas ao governo estadual...

> *[...] a direção da Dires é composta por pessoas que foram indicadas e que são ligadas basicamente ao governo do Estado [...]. Então, o que acontece? A política partidária de Vitória da Conquista [partido do governo estadual], especificamente, influencia muito nas decisões do colegiado. [...] a grande problemática com a direção da Dires é a questão político-partidária [...].* (Entrevistado 3, gestor municipal)

Mesma bandeira partidária ameniza os conflitos entre Dires e municípios...

> *[...] foi outro momento de relação política entre o município [Vitória da Conquista] e a 20ª Dires, pois existia uma relação de troca, de confiança, de parceria. Isso viabilizava muita coisa. Então, o trabalho entre a regional [Dires] especificamente na coordenação do colegiado [CGMR/CIR] e a Secretaria Executiva [Vitória da Conquista] era muito tranquilo; não havia competição. Muitas vezes, a Dires incluía ponto de pauta que era importante e não havia nenhum movimento contrário para retirar tal ponto de pauta. Isso, de alguma forma, dava alguma harmonia nesse sentido de conduzir o colegiado. Embora, em outros territórios, em outras regiões [de saúde], isso tenha sido objeto de grandes conflitos, de chegar até a Bipartite Estadual [CIB].* (Entrevistado 15, gestor estadual)

A correlação de forças políticas e os micropoderes nas instâncias colegiadas – CIB, Cosems, Coner e CIR – e em organizações-chave, como a Dires e hospitais regionais, na região de saúde de Vitória da Conquista, revelaram as interações intergovernamentais com forte interferência político-partidárias, que, por sua vez, remetem a um histórico de lutas entre alguns municípios baianos e a gestão estadual mais conservadora, num período conhecido como "carlismo". (DANTAS NETO, 2003) Sobre esse tema, Coelho e Paim (2005) denunciam que, no início dos anos 2000,

> as demandas políticas também permitiram a ocorrência de certos privilégios a favor dos municípios mais 'alinhados', que teriam

> sido mais 'aquinhoados', por exemplo, no processo da municipalização, em termos de recuperação e investimento das unidades cedidas. (COELHO; PAIM, 2005, p. 1376)

Além disso, vários estudos reforçam que as forças nos órgãos colegiados de gestão tendem a não ser equivalentes, com predominância das secretarias estaduais de saúde na condução e definição de pautas segundo suas prioridades sobre os municípios (MILANI, 2006; MOLESINI et al., 2010; SILVA; LABRA, 2001; SOLLA, 2006), inclusive por presidir a CIB e as CIR.

No que diz respeito às Dires, tratavam-se de instituições que atravessaram as diferentes fases do processo político-partidário e das distintas intenções das políticas de saúde no estado. Ressalta-se que seu desenho original precede ao PDR e, por conta disso, seu território de abrangência nem sempre coincidia com a região de saúde – algumas vezes, mais de uma Dires estava numa mesma região de saúde. As interferências políticas corroeram sua credibilidade perante os municípios que compunham sua área de adscrição, afastando aqueles que conseguiram maior autonomia técnica e com gestões mais autossuficientes. Além disso, indefinições acerca de seu lugar na rede, a falta de investimento em equipamentos de suporte e sucateamento de suas sedes, a diminuição e a não renovação no quadro de funcionários, bem como a precarização do trabalho, comprometiam a qualidade técnica de muitos profissionais alocados nas regionais de saúde, contribuindo para ofuscar o papel das Dires e afetar sua credibilidade como coordenadora da CIR. As entrevistas atestam esse quadro:

Maior autonomia dos municípios e esvaziamento das funções das Dires...

> *[...] a Dires vem perdendo espaço com a municipalização da saúde e com a descentralização das ações. A Dires perdeu grande parte do seu papel, tanto que houve uma redução muito grande de técnicos e profissionais. [...] às vezes, a demanda que levamos, a Dires não consegue dar suporte. Aí, a gente busca realmente a Sesab.*

> *[...] a Dires é um apoiador institucional, principalmente para os municípios mais frágeis do ponto de vista técnico e de população.* (Entrevistado 7, gestor municipal)

Deslegitimação das Dires...

> *[...] tinha o próprio movimento de sucateamento das regionais, de loteamento de cargos, de falta de qualificação de profissionais, de técnicos, enfim, e o esvaziamento das regionais de saúde foi o que se deu. Elas passaram a ter um papel no processo história do SUS na Bahia, muito para ocupação de cargo político, para a representação política do deputado A, B e C, ligado ao governo, do que para ser um espaço de construção do processo de regionalização e do seu fortalecimento. Então, passamos a ter Dires absurdamente esvaziadas e, do ponto de vista técnico, altamente comprometidas. Do ponto de vista de qualificação técnica, uma aridez muito grande, e isso se rebateu depois nos colegiados [CGMR/CIR]. De que forma? Se você tem dentro do conjunto de gestores de municípios que compõem o colegiado, um município que tem uma capacidade técnica melhor, ele tende a dominar a cena e a conduzir o processo.* (Entrevistado 15, gestor estadual)

Dois movimentos principais também vinham modelando o apoio institucional das diretorias regionais de saúde: a descentralização e a regionalização – pós-Pacto pela Saúde. Mediante a descentralização, os municípios tornaram-se autônomos nas políticas e passaram a depender menos das intermediações das Dires, mesmo porque as condições estruturais e técnicas impuseram restrições consideráveis a um apoio qualificado. Além disso, para acesso à Sesab e a seus órgãos da administração da saúde, surgiram fluxos de informação e mecanismos paralelos à Dires. Por conseguinte, houve, em muitas circunstâncias, superposição ou esvaziamento das ações desempenhadas pela regional de saúde.

Nos territórios com uma maior autonomia municipal, as Dires passaram a exercer um papel burocrático, intermediando a consolidação de dados de alguns programas dos municípios da regional e encaminhando para a Sesab, realizando visitas e supervisões aos municípios. O objetivo

era enquadrá-los às normas das portarias ministeriais e programas estaduais, fazendo a distribuição de insumos – medicamentos, vacinas, equipamentos, insumos administrativos, entre outros – aos municípios em gestão estadual ou com pouco suporte na rede própria e realizando capacitações para os profissionais dos municípios da região, mas sem um planejamento regional, atendendo a demandas prescritas no nível estadual. Essa questão é compreendida *vis-à-vis* ao processo de descentralização, que, nos anos 1990, alterou o papel tradicional das secretarias estaduais de saúde de executores de ações a coordenadores e planejadores. (SILVA; LABRA, 2001) Esse aspecto parece ter incidido sobre as Dires, pois a descentralização acelerou o processo de esvaziamento de suas atribuições.

Em contrapartida, no caso específico da 20ª Dires, a pesquisa revelou que havia um aspecto diferenciado na região de Vitória da Conquista, notadamente, no processo de apoio à regionalização desencadeado pelo Pacto pela Saúde. Ainda que persistissem alguns dos elementos apontados anteriormente, o processo de regionalização parecia ter contribuído para reformulação do processo de trabalho dos profissionais daquela regional de saúde, mas ainda com limites e críticas internas (própria Dires) e externas (municípios). Para Dires, um dos grandes desafios era assegurar autonomia técnica e fluxos transparentes dentro da Sesab, além de superar a fragmentação interna entre as várias áreas e programas e fortalecer a capacidade técnicas de seus funcionários para que compreendessem e contribuissem com o processo de regionalização. Para os municípios, os profissionais da 20ª Dires buscavam desenvolver um

importante papel de "apoio institucional",[12] com destaque para os técnicos da coordenação da Atenção Básica, que tinham estreita articulação com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Sesab e com as secretarias municipais de saúde. Apesar disso, tratava-se de um papel ainda frágil, fracionado e dirigido, particularmente, aos municípios menores e com baixa capacidade técnica na gestão. Os argumentos destacados abordaram algumas das questões levantadas:

Papel proativo da 20ª Dires na regionalização...

> *[...] a nossa Dires é muito atuante [...]. Em relação ao Pacto, a Dires fez inúmeras reuniões de sensibilização, já chamou prefeitos, gestores e tudo. [...] Só que a 20ª Dires tem que tentar sensibilizar o gestor. E o principal gestor que tem que ser sensibilizado é o prefeito [...]. A equipe da Coordenação da Atenção Básica da 20ª Dires é muito atuante. Todos os meses, chamam para a reunião da Atenção Básica para saber, para avaliar e acompanhar indicadores. Só que a gestão municipal é autônoma. Então, a 20ª Dires pode fazer o papel de quê? De apoiar: 'Eu apoio você, estou disposta a te apoiar'. Mas precisa saber se a gestão está querendo esse apoio e se está querendo abarcar as ideias que a 20ª Dires está propondo para melhorar aquela gestão, pois nem sempre está.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Indefinição do papel da Dires nas políticas de saúde da Bahia...

> *[...] reconhece-se o quanto a Dires é importante para o trabalho proposto no nível central da Sesab. Mas parece que, dentro da Sesab, as Dires estão num processo fragilizado. Elas não estão conseguindo ter uma definição, ter um trabalho mais concreto, ter*

12 Apoio institucional: prática de gestão que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tem como diretriz operante a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, ou seja, se conforma como um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários, não produtores de autonomia dos sujeitos e coletivos. Baseia-se na relação horizontal e no princípio da afetação e educação permanente promovidos nos encontros entre pessoas e coletivos. Objetiva transformar as relações de supervisão em relações que produzam a democratização e publicização dos processos de gestão e de decisão, fazendo com que essas últimas sejam tomadas a partir da análise e discussão coletiva, promovendo a autonomia de sujeitos e coletivos. (BAHIA, 2013a, p. 19)

um apoio, tanto apoio financeiro como apoio logístico da Sesab. Estão muitas sucateadas, estão tendo dificuldade incrível, e a região Sudoeste não é diferente. A proposta grandiosa [apoio institucional da DAB] que a Sesab estava tentando colocar para a macrorregião, vimos que não daríamos conta, então começamos a fortalecer as Dires. (Grupo focal, gestor estadual)

Considera-se que a 20ª Dires refletia as ambiguidades do processo de regionalização burocrático e verticalizado, uma vez que a regionalização não nasceu de demandas dos poderes locais, ou seja, avançou por indução financeira e por mecanismos de habilitação por adesão às normas operacionais. Nesse ínterim, a relação da Dires com os demais municípios não logrou acúmulo político e técnico para conduzir processos de planejamento compartilhado. Além disso, na região, profissionais da 20ª Dires, no contexto de regionalização e Pacto pela Saúde, depararam-se com um município (Vitória da Conquista) que despontou precocemente (final dos anos 1990), no cenário baiano, na qualificação, ampliação e diversificação da oferta, a despeito da política estadual que tentava boicotá-lo por divergências político-partidárias. (GUIMARÃES, 2003; SOLLA, 2010) Nesse percurso, o município acumulou larga experiência na gestão e organização de serviços e, por isso, tornou-se referência aos demais da mesma região, seguindo uma trajetória mais autônoma, com capacidade técnica que suplantava a própria Dires. Segundo o entrevistado tal questão,

[...] volta-se para o processo histórico, para a relação de Vitória da Conquista com o Estado. O município avançou sozinho e, nesse processo de construção, garantiu uma independência. Ou seja, construiu sozinho porque não tinha apoio do Estado [até 2007] e da regional de saúde [Dires] naquele momento. [...] então, isso acabou empoderando Vitória da Conquista tecnicamente. Ela [cidade] acabou se sobrepondo à própria Dires. Os técnicos do município tinham mais capacidade técnica de elaboração de projetos do que a regional. (Entrevistado 15, gestor estadual)

Essa singularidade justifica, por exemplo, o fato de que a 20ª Dires, mesmo num contexto de convergência de interesses partidários no âmbito do Pacto pela Saúde (a partir de 2007), não tinha presença técnica significativa em Vitória da Conquista, em contraposição a sua forte atuação nos pequenos municípios.

RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NA REGIÃO DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES DO FINANCIAMENTO DO SUS E A SUBORDINAÇÃO DOS TERRITÓRIOS À LÓGICA DE INTERESSES PRIVADOS

As relações institucionais para construção de uma rede regionalizada de serviços no âmbito do SUS extrapolam os entes públicos e incorporam uma miríade de arranjos e acordos entre as esferas públicas e privadas (instituições e sujeitos) para provisão de ações e serviços de saúde que não são suficientemente ofertados pela rede própria do SUS e que precisam ser complementados. Trata-se de um tema capcioso, mas central, visto que "esse binômio corporifica, no Brasil, impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos". (HEIMANN et al., 2010, p. 208)

A região de saúde de Vitória da Conquista, composta por 19 municípios, revelou uma permeabilidade aos interesses privados nas práticas profissionais – sobretudo médicos –, no comportamento de algumas instituições – particularmente hospitais – e nas definições político-partidárias, que contrariavam a possibilidade de construção de redes solidárias, com integração dos serviços e coordenação do cuidado, pois desconsiderava os fluxos pactuados formalmente, criava circuitos paralelos, transformando o direito à saúde em mercadoria e troca de favores. Na pesquisa, as justificativas para tamanhas incongruências expuseram uma imbricada teia entre os sujeitos que transitam na rede própria do SUS ou credenciada, sempre justificadas pelo subfinanciamento e valores da Tabela Unificada do SUS.

No entanto, a submissão do gestor da saúde ao setor privado estava envolta numa complexa trama de interesses de diversas ordens, não sendo, *a priori*, uma decisão deliberada, posto que, em muitos casos, não havia alternativas viáveis a curto prazo ou que dependessem unicamente de sua disposição para mudar tal lógica. Os argumentos a seguir mostram alguns desses dilemas; por exemplo, quando o gestor tentava negociar com a rede privada o aumento na oferta de vagas:

Majoração na Tabela SUS e submissão das SMS ao setor privado...

> *[...] você não consegue contratualizar um privado que aceite trabalhar dentro do contexto do SUS. Se vou contratualizar um prestador privado, tenho, na lógica, que contratualizar pela Tabela SUS, mas a tabela dele sempre é 100% superior. Tem alguns prestadores que chegam ao disparate de querer colocar 200% em cima da Tabela SUS.[...] com os prestadores privados, há uma máquina mercenária muito grande na área de saúde. Pela quantidade de privados que a gente tem, se conseguíssemos trabalhar dentro do conceito do SUS, se esses prestadores abraçassem a causa do SUS, teríamos outra visão de saúde.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Prestador privado dá as cartas...

> *O hospital é privado, não quer saber do paciente complicado não; quer saber do simples, deixa o complicado para o público. Ele quer saber daquele paciente que não vai dar despesa, só lucro. [...] Não é que a gente tem que se submeter ao prestador privado. Na realidade, o que a gente tem que buscar é, cada vez mais, oferecer esses serviços dentro do próprio público. [...] a rede conveniada privada não tem interesse nenhum de aumentar a clínica médica. Porque são pacientes que têm um custo alto até para rede solidária, e a Tabela SUS remunera mal. E a gente não tem bala na agulha para dizer: 'Tudo bem, a Tabela SUS é ruim, a gente paga 50% a mais, eu quero internação'. Não temos dinheiro! [...] mas na verdade, o interessante é não fugir à Tabela SUS. Quando a gente foge, é um ponto sem fim, porque nenhum valor é satisfatório e a gente fica realmente nessa queda de braço.* (Entrevistado 9, gestor municipal)

Apesar do contexto adverso relatado pelos gestores, percebeu-se um sombreamento acerca de algumas questões de governança e construção de rede pública solidária que poderiam minimizar os efeitos da dependência regional ao setor privado e, paralelamente, garantiria maior poder de negociação. Além disso, poderiam estabelecer critérios mais transparentes para participação desse setor no fornecimento de serviços para o SUS. Em síntese, havia necessidade de definição do papel e ação do ente público – municípios e estado – na condução das políticas de saúde, fomentando uma maior participação e controle social, além do delineamento do modelo de atenção que se desejava priorizar para a região – isso tudo norteado por ferramentas do planejamento, regulação assistencial e critérios que defendessem o interesse público nas contratualizações.

Uma das justificativas para construção de uma rede de serviços regionalizados no SUS assenta-se na necessidade de cooperação para resolução de problemas gerais, coletivos ou que incidem sobre um dos participantes do território, mas que devem ser resolvidos solidariamente pelos pares, em consideração ao interesse público. (CAMPOS, 2006) As instâncias colegiadas regionais, por sua vez, serviriam como um meio para desencadear articulações intermunicipais, aumentar integração dos serviços e abrandar os efeitos insidiosos do mercado nas relações com o estado, particularmente nos municípios com poucos recursos, com baixa oferta de serviços ou com escala insuficiente para prover na própria rede.

Na região de Vitória da Conquista, essa é a realidade da maioria dos municípios (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2008); portanto, a CIR deveria ter a incumbência de buscar alternativas coletivas para tais assuntos e construir uma agenda de trabalho com foco no fortalecimento da regionalização. Nada obstante, as observações durante as reuniões na CIR e os depoimentos dos gestores reportaram uma realidade que contrariava essa expectativa, pois a regionalização era atravessada por outras demandas e prioridades – portanto, sem receber a devida atenção da comissão. Sem desconsiderar os demais problemas envolvidos, chamaram a atenção o (des)comprometimento de alguns

gestores com o próprio processo de trabalho e a fragilidade na compreensão do seu objeto de trabalho. Tal percepção é compartilhada nos recortes abaixo:

Gestores refratários à regionalização...

> *[...] nem todos os gestores estão entendendo regionalização. Eles estão enxergando 'o eu'. Na 20ª Dires e dentro do colegiado [CIR], precisamos sensibilizar e fazer com que alguns gestores entendam o que é regionalização. Eles estão muito no contexto de municipalização. Eles pensam: 'eu tenho que fazer por meu município e o seu se vira'. Então, por exemplo, eu estou aqui numa regionalização, ao lado da minha gestão, eu tenho dois municípios que têm uma gestão muito aquém daqui [...] aí, essa população que é do território vizinho, todas as necessidades terminam vindo para cá. [...] mas quando a gente vai colocar para debater, o gestor não concorda, ele passa outra visão.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

CIR: 'cada um olha para o seu próprio umbigo'...

> *[...] não existe, ainda, uma cultura de planejar coletivamente [na CIR] e, nas experiências da gente de planejamento coletivo, normalmente na Bahia, a nossa microrregião cria atritos, cria atritos por discordar daquilo que vem proposto. Muitas vezes, porque não atende a expectativa dele, enquanto gestor e, muitas vezes, porque cada um olha para o seu próprio umbigo. Cada um fica pensando naquilo que é melhor para o seu município em termos daquilo que entra como recurso e, muitas vezes, sem a preocupação com o benefício para a população. E isso tem criado um entrave muito sério.* (Entrevistado 13, gestor regional)

Em razão disso, grupos mais organizados – profissionais liberais e empresários do setor saúde – ganhavam espaço e passavam a ocupar as brechas deixadas pelo poder público e, aos poucos, tornavam-se hegemônicos, ou mesmo criavam teias de interdependência para favorecimento ilícito. Dessa forma, para Campos (2000, p. 178), "o enfraquecimento do Estado tem deixado setores majoritários à mercê de grupos que concentram poder econômico e que desenvolvem capacidade de arregimentar

aliados e servidores no espaço da mídia e da política", contribuindo para ampliar a privatização do espaço público. O cenário da região de saúde de Vitória da Conquista tornava-se ainda mais crítico, pois a corrosão de valores impõe novas éticas, muito mais centradas nos ganhos individuais, ou de determinadas categorias em detrimento do bem público. Essa situação ficou explícita na exposição dos gestores nas reuniões da CIR, quando denunciaram a cobrança de consultas e procedimentos dentro do SUS – "pagamento por fora", "taxas" e "bonificações" –, especialmente em estabelecimentos contratados, envolvendo, particularmente, profissionais médicos com duplo vínculo, ou seja, trabalhavam na rede pública e privada.

Naqueles casos, o usuário que tinha uma necessidade cirúrgica, mas, por falta de vaga no hospital público de referência, precisava aguardar a liberação via central de regulação de leitos ou, por conta da gravidade do caso, conseguia uma "vaga zero" pela regulação, sendo, então, internado no hospital, mas permanecia aguardando uma vaga para a realização do procedimento requerido. Essa trama abria espaço para uma teia de interconexões – nem sempre lícitas – entre diferentes sujeitos envolvidos direta e indiretamente no caso. Muitas vezes, para agilizar o processo cirúrgico, médicos eram contatados pelas secretarias de saúde ou usuários e acordavam critérios paralelos para realização do ato cirúrgico na rede SUS, mediante "pagamento por fora", contornando, assim, a regulação do acesso, nem sempre sustentado por critério clínico de prioridade. Esse fato contribuía para obstrução das vagas, gerando iniquidades assistenciais e favorecendo o apadrinhamento e uso privado do espaço público.

Tal questão também apareceu como uma conduta comum de prefeitos e vereadores que coagiam os secretários de saúde a estabelecer fluxos paralelos à regulação regional, por meio de pagamentos a profissionais médicos para que adiantassem determinados procedimentos, buscando consolidar determinados privilégios a correligionários políticos,

o que acabava por agravar as desigualdades de acesso e a utilização dos recursos públicos.

Em outras situações, também corriqueiras, por questões de elevado tempo de espera para determinado procedimento pelas vias reguladas, os profissionais da rede pública sugeriam aos usuários que buscassem o serviço privado, sendo que, às vezes, intermediavam essa negociação, pois o prestador privado – algumas vezes, ele mesmo – "dava um desconto" quando era por indicação de algumas prefeituras (gestores). Afora isso, nesses casos, o município fornecia o transporte e "ajuda de custo" ao usuário. Algumas secretarias de saúde, por sua vez, dispunham de um "agenciador" – conhecido como "marcador" –[13] que organizava fluxos paralelos entre os municípios e os prestadores ou profissionais médicos. Esses "marcadores/agenciadores", pagos pelos municípios para essa finalidade, obtinham, da central municipal de marcação de consultas, uma lista com os nomes dos usuários que necessitavam de determinado procedimento – exames diagnósticos e cirurgias –, negociavam diretamente com o prestador privado contratado um valor a ser pago sobre a Tabela SUS ou AIH – "consultas/cirurgias bonificadas" –, ou mesmo com prestadores privados não contratados, e a secretaria municipal de saúde arcava com o valor acordado. Nesses casos, o médico recebia a AIH para realização do procedimento via SUS, utilizava leito, equipamentos e insumos pagos pelo sistema público e ganhava um valor combinado com o município.

De acordo com informantes-chave, os marcadores/agenciadores tinham contatos privilegiados com médicos em toda a rede – prestadores públicos e privados –, usufruiam de prestígio político entre as prefeituras

13 Na pesquisa de campo, deparou-se com a terminologia "marcador" para designar diferentes sujeitos. Na prática, esse termo era utilizado por gestores para indicar a pessoa que trabalhava no agendamento informal entre a secretaria de saúde de um determinado município e um prestador privado, por meio de "taxas", "bonificações" ou, simplesmente, negociando descontos no valor do serviço a ser prestado ao usuário. Além disso, esse termo também correspondia a pessoas que trabalhavam formalmente em centrais de regulação de consulta e leitos. Para distingui-las, considera-se as primeiras como "agenciadores" e as segundas como "técnicos-marcadores".

e tinham poder de barganha entre as clínicas privadas. Para tanto, os prestadores privados (não SUS) negociavam com os agenciadores um pacote de descontos no valor das consultas/exames/procedimentos em troca de fidelização – encaminhamentos regulares de usuários – e ainda pagavam-no um valor fixo por encaminhamento. Por fim, havia, ainda, médicos que, mesmo o usuário tendo conseguido a vaga via regulação, cobravam uma "taxa" para realização do procedimento – nesse caso, o usuário era coagido a pagar. Algumas dessas infrações estão expressas nos discursos:

Cirurgias bonificadas…

> *[…] infelizmente, é de conhecimento da auditoria que as cirurgias são bonificadas. O que é cirurgia bonificada? O médico emite uma AIH-SUS e eu pago o médico por fora. Ou eu opero o meu paciente, ou ele não é operado. […] o hospital X não tem uma quantidade de cirurgia para ofertar para a quantidade da demanda. Então, para mim, é bem mais viável, até por uma questão de pressão (o promotor me chama toda hora, tal e tal). Mesmo que ele saiba que não tem vaga, ele [promotor] quer por quer operar o paciente. É melhor operar com o doutor fulano de tal. Eu digo, 'Oh doutor, eu te dou 2 mil todo mês e toda a paciente minha que vier com diagnóstico de 'mioma', toda paciente que vier com diagnóstico de 'fazer períneo', 'laqueadura', o senhor faz pra mim?'. Ele diz: 'Faço'. Ele emite a AIH, interna no hospital Y [hospital filantrópico] e faz a cirurgia pelo SUS. Infelizmente!* (Entrevistado 3, gestor municipal)

Cobrança ilícita em procedimentos SUS…

> *[…] detectamos isso [cobrança ilícita em procedimentos SUS] e levamos, inclusive, em uma das reuniões do CGMR [CIR], pois tem, muitas vezes, a conivência do próprio gestor, daqueles 'marcadores' do município que negociam diretamente com o médico. Às vezes, o médico X trabalha no município tal e dá plantão em alguns lugares da rede e, aí, ele burla toda a parte de regulação e manda trazer o paciente via direto, e ele recebe, porque como ele é autoridade máxima do plantão, ele autoriza a entrada, e tem a cobrança dupla. O paciente entra, muitas vezes, como paciente*

do SUS, faz todo o procedimento cobrado pelo SUS e é complementado no valor, via taxa particular. E isso, quem alimenta são os municípios. […] não sei de onde vem o dinheiro, como é pago, mas isso é nítido. […] é algo criminoso que a gente precisa denunciar. […] por conta agora da dificuldade de acesso, pela espera que o paciente não quer ter, às vezes, a pressão da população em cima do gestor, do prefeito, quem quer que seja, favorece essa questão. (Entrevistado 7, gestor municipal)

Gestores "reféns" ou "cúmplices" dos prestadores privados?

[…] quando tem uma denúncia, tem mecanismos de cobrar, devolver e descredenciar o serviço, se for o caso. A questão é chegar à denúncia formalizada. O próprio secretário de saúde não quer formalizar. 'Aconteceu isso em determinado hospital' – ele não quer formalizar que aconteceu isso, porque acha o seguinte, que ele está sempre precisando do hospital. É uma coisa tão complicada. É uma rede. É uma organização criminosa. Mas eles ficam indignados e querem uma providência, mas uma providência contanto que não envolva em nada o paciente, nem ele. (Entrevistado 9, gestor municipal)

Assimetria informacional entre médico-paciente, assédio e extorsão…

[…] mas também tem a ver com a questão de necessidade grande de saúde do paciente e que ele tem que lançar mão de todos os recursos para resolver o seu problema de saúde. […] quando o paciente pode vender a casa dele, muitas vezes, ele vende. Isso acontece em hospitais em que os médicos extorquem praticamente os pacientes e eles vendem terreno, vendem casa para pagar a cirurgia por fora. Porque o discurso é feito para iludir a pessoa e levar a isso. É estelionato, se valer de um ardil mentiroso para cometer um ato infracional. Eles lidam com as pessoas no seu momento de maior fragilidade, então dizem assim: 'Se demorar vai perder um órgão, vai perder uma porção do seu corpo, ou você vai morrer', 'O SUS não faz esse procedimento ou demora muito pra fazer isso'. Ou então: 'Eu não faço isso pelo SUS'. São vários discursos. E aí oferece a alternativa irregular. (Entrevistado 10, gestor municipal)

A presença do setor privado de saúde sendo fomentado pelas políticas públicas de saúde no Brasil não é recente (BAHIA, 2010b; CAMPOS, 2010b), mas ganha maior envergadura nos territórios com menor capacidade gestora para exercer a regulação assistencial na relação público-privada, ou em municípios cujos serviços privados ou profissionais de saúde tornaram-se aliados das correntes políticas em situação de poder – Executivo e Legislativo –, a ponto de privilegiarem os interesses particulares/privados em detrimento das necessidades sociais e do bem público, numa composição híbrida e patrimonialista.

Nesse sentido, desde o início do SUS,

> O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande medida, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos *post factum*. (CAMPOS, 2010b, p. 298, grifo do autor)

Tal perfil reproduzia-se nas características dos municípios que compunham a região de saúde de Vitória da Conquista, mas a face que prevalecia era atribuída ao subfinanciamento público e aos valores pagos pela Tabela SUS. Isso, consequentemente, inviabilizaria a construção de uma rede própria de serviços e, segundo os discursos, justificaria os meios. Apresentava-se, portanto, um apagamento dos sujeitos em função das instituições – Estado e mercado –, porquanto, em certa medida, havia uma passividade e naturalização dos gestores diante de fatos alarmantes de mau uso dos recursos públicos e provimento dos serviços nos territórios, sobressaindo uma lógica burocrática nas arenas de debate e de construção coletiva – CIR, por exemplo – que subtraia a capacidade inventiva dos sujeitos, como se as coisas estivessem dadas *a priori*, não havendo espaço para contraposições e outros modos de gestão e produção do cuidado.

Contudo, o cenário regional que se apresentava não se mostrava na sua totalidade e gerava confusões acerca das causas e consequências da relação público-privada nos territórios. Os documentos, observações e entrevistas, todavia, deram algumas pistas desse intrincado jogo que envolvia distintas arenas e diferentes sujeitos na disputa por micropoderes. Em primeiro lugar, a discussão de redes e mudança no modelo de atenção com fortalecimento da APS não fazia parte dos debates na CIR. Vigorava a disputa em torno dos serviços de média e alta densidade tecnológica, afetada por oferta pública altamente insuficiente e dependente da oferta privada, deslocada dos mecanismos de integração dos serviços e coordenação dos cuidados, posto que o foco era a discussão das cotas de procedimentos e disponibilidade de leitos. Por sua vez, a permanência de modelo centrado no trabalho médico e na dependência das tecnologias de apoio diagnóstico, mesmo na APS, tornava a rede assistencial retroalimentadora de demandas e indutora de padrões e comportamento por consumo de serviços médicos. Essa lógica ambígua e acrítica sobre o modelo de produção do cuidado dentro da esfera pública fazia com que o sistema privado e a mercantilização da saúde expandissem *pari passu* ao crescimento do SUS, sob a égide de uma privatização por dentro do sistema público.

Tal lógica, que não é privilégio nessa região de saúde, está impregnada nas bases materiais e políticas do SUS. É reflexo de um padrão nacional de formação corporativa, desregulada e com base liberal na formação médica e suas especialidades (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997), prestação fragmentada de serviços e, obviamente, do modelo de financiamento na saúde, mas que encontra nos microespaços regionais um terreno fértil, sobretudo pelos históricos vazios assistenciais – incipiência de investimento público –, que cederam espaço ao *lobby* da indústria de equipamentos e de prestadores de serviços privados – com e sem fins lucrativos. Por essa via, Bahia (2009, p. 756) alerta que

> o não questionamento dos incrementos simultâneos ou pelo menos sequenciais e autônomos do público e do privado deixa pouca margem à visibilidade das tendências retracionistas e interacionistas. De fato, o reconhecimento de contradições e, sobretudo, das relações e intermediações entre ambos os subsistemas é pouco atraente, tanto para os setores progressistas que se veem permanentemente instados a blindar o SUS das ferozes críticas a seus limites, quanto para segmentos empresariais, que se comprazem com o crescimento de seus investimentos.

Em segundo plano, como já analisado, encontravam-se a baixa autonomia dos secretários de saúde e as interferências político-partidárias nas definições técnicas que, somadas à frágil competência técnica de alguns secretários de saúde, impregnavam à gestão da saúde de certo amadorismo ou, o avesso, escolhiam deliberadamente construir um enredo de relações personalistas na esfera pública. Nesse aspecto, poucos municípios conseguiam mover-se contra essa correnteza, ainda que fossem parte da mesma engrenagem. Contudo, era nessa força de atrito que, paradoxalmente, a descentralização e a regionalização poderiam modelar sistemas de saúde mais justos, porquanto requerem negociação, pactos e consensos entre opositores.

Um terceiro tópico, também fundamental, era o financiamento, os valores pagos pela Tabela Unificada do SUS e a opção de gestão dos serviços de saúde nos municípios no contexto do Pacto pela Saúde, que, por sua vez, tinham sido os grandes indutores das políticas de saúde e do perfil assistencial em todo o Brasil. Na região, todos os municípios assinaram o Termo de Compromisso de Gestão, aderindo ao Pacto pela Saúde, mas somente Barra do Choça, Belo Campo, Maetinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista, até dezembro de 2011, assumiram a gestão de todos os prestadores SUS no seu território (comando único), tendo os demais permanecido na gestão estadual.

Acerca dessas questões, novamente, as fronteiras entre público e privado ficavam opacas, pois o histórico vazio assistencial e o subfinanciamento da rede na região cederam espaço para que a iniciativa privada

construísse um parque de serviços médicos de média e alta densidade tecnológica. Por outro lado, os municípios passaram a comprar ações e serviços da iniciativa privada, capitalizando esse setor e contribuindo, sobremaneira, para a consolidação de uma rede privada robusta. Em traços gerais, havia uma relação de dependência recíproca entre os setores público e privado. Contudo, a dominância pendeu para os prestadores privados contratados e conveniados do SUS, que definiam, outrossim, os preços de mercado dos procedimentos e serviços à revelia da Tabela Unificada do SUS. Nas reuniões da CIR e nas entrevistas, alguns gestores afirmaram que os municípios estavam reféns da categoria médica e que os hospitais privados escolhiam os procedimentos mais lucrativos, realizavam dupla porta de entrada para o usuário do SUS e estendiam o tempo de permanência no leito, onerando os gastos públicos numa espécie de *laissez-faire*.

Essa rede privada ofertava serviços ao SUS, a uma carteira de beneficiários de seguros de saúde, bem como a uma demanda que fazia o desembolso direto. Nesse sentido, a rede privada passou a competir por profissionais médicos, aumentando seu "valor de mercado" e seu "poder de barganha". Estes se organizaram corporativamente, tornando escassa a disponibilidade de algumas especialidades no SUS, notadamente mais restritas nos municípios de pequeno porte e distantes do centro urbano mais desenvolvido – nesse caso, Vitória da Conquista. Destacam-se alguns desses pontos por meio das falas dos entrevistados:

Desembolso direto e seguro saúde concorrendo com a oferta para o SUS...

> *[...] a gente sabe que a quantidade, a população flutuante de Conquista é bem grande, então, para o hospital Y [hospital privado], é bem mais vantajoso atender a população flutuante de forma privada e cobrar um valor a menos do que atender ao SUS. Por exemplo, a mamografia no hospital Y é feita pelo SUS? É! Mas se você olhar, a cota é pequenininha, porque é melhor ocupar o espaço fazendo a mamografia do paciente privado particular e do*

> *plano do que o paciente do SUS, por causa do valor*. (Entrevistado 3, gestor municipal)

Mercantilização da saúde expande *pari passu* ao crescimento do SUS…

> *[…] acontece quando alguém quer antecipar uma consulta que, no SUS, só vai ser no mês que vem e o profissional está lá, e se ele [usuário] pagar uma taxinha de 70 reais, consegue. Normalmente, hospitais privados e serviços credenciados ao SUS. Ou seja, ele atende SUS, mas também atende privado. Isso ocorre com serviço filantrópico e privado credenciado ao SUS. Então, o profissional está lá no ambulatório SUS, mas ele também faz a consulta especializada. Claro, em outra porta de entrada, mas ele também atende privado*. (Entrevistado 5, gestor municipal)

Dupla porta de entrada e obstrução intencional de leitos privados para o SUS…

> *[…] o que eles [rede privada] obstruem é na própria lógica de assistência. Você vê porta dupla de entrada, com tempo de permanência do paciente no leito fora da média nacional. Então, eles obstruem a rotatividade daquele leito. Isso, para o hospital, é lucrativo; para a rede, não. Então, há forte pressão para reduzir porta de urgência, pois a maioria não quer trabalhar com porta de urgência, e aí acaba sobrecarregando o Hospital Geral [hospital público estadual], porque a rede privada fica escolhendo aquilo que quer atender*. (Entrevistado 7, gestor municipal)

Mercado desregulado e subordinação do gestor público…

> *Com a Tabela do SUS, você paga a biopsia, por exemplo, teleguiada de próstata, de mama, de tireoide, por 40 reais, mas a gente compra por 300 reais. Você vê que majorou demais a tabela, que o prestador se aproveitou. Mas se a gente diminuir, não tem quem faça. Porque ainda é um município que polariza 80 outros municípios; então, os médicos ainda podem fazer isso, dizer: 'Eu não faço. Só faço por X'. Acabou! É a oferta!* (Entrevistado 9, gestor municipal)

As evidências demonstraram a complexidade para garantia do direito à saúde à população e certa inércia ante aos desafios apresentados à consolidação de uma rede de serviços de saúde integrada na região de saúde. A racionalidade gerencial que norteia as ações públicas parece não ter força suficiente para incidir em mudanças que revertam a tendência à privatização do espaço público e a transformação da saúde em mercadoria. Constatou-se uma ênfase exacerbada no estabelecimento de normas e fluxos, necessários, mas insuficientes, pois não criam arranjos potentes para "mudança tecnológica na produção do cuidado" (MERHY, 2002), e a definição de novos modelos de atenção à saúde não se apresentava na roda de debates, até porque as definições permaneciam hierárquicas.

O mercado da saúde opera uma racionalidade que incorpora os mecanismos gerenciais de descentralização e regionalização – e suas ferramentas – aos seus processos produtivos, de tal ordem que captura gestores, profissionais de saúde e usuários numa teia de subordinação. É, portanto, nessa perspectiva que "taxas", "bonificações", "favorecimentos" e tantos outros mecanismos anti-SUS encontravam espaço para legitimação entre os sujeitos. Afinal, estabeleceu-se uma rede de conveniência, reproduzindo as iniquidades que retroalimentavam a subserviência e a alienação.

Nesse momento, assenta-se uma questão que se considera cerne no tema das redes de saúde regionalizadas: o lugar e a função dos sujeitos. Percebe-se que, no debate nos colegiados gestores e mesmo nas propostas dos documentos institucionais, as questões políticas que perpassam as escolhas dos processos gerenciais não têm dado a devida importância aos atores que constituem e operacionalizam, de fato, as redes de saúde no cotidiano dos territórios – trabalhadores de saúde e usuários dos serviços –, ou, quando o fazem, transformam alguns sujeitos em inimigos e culpados, como é o caso dos médicos, ou ainda em vítimas e cúmplices, como é o caso dos usuários. Por sua vez, o descontentamento com o financiamento, com o processo de programação e pactuação de serviços

e os valores da Tabela SUS têm maior audiência que a maneira de gastar e investir na rede, os modos de trabalhos e o modelo de atenção à saúde que se pretende conceber na região para gestão e produção do cuidado.

O APAGAMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A NECESSIDADE DE DEMOCRATIZAÇÃO DO ESPAÇO PÚBLICO: QUEM DEFENDE A SAÚDE PÚBLICA NO TERRITÓRIO REGIONAL?

Um dos caminhos previstos no SUS para ampla democratização foi garantir a participação e controle social na ação governamental por segmentos representativos da sociedade civil em órgão colegiado, com caráter permanente e deliberativo. Para tanto, supõe a distribuição de poder, por meio dos Conselhos de Saúde (CS), nas três esferas de governo, que assumiriam a função de aglutinar representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários e de possibilitar a mediação entre sociedade e governo, em relação às estratégias das políticas de saúde. (ASSIS; VILLA, 2003; CAMPOS, 2006; SILVA; LABRA, 2001)

Percebeu-se, contudo, que a institucionalização dos CS, prevista num contexto de descentralização e fortalecimento dos municípios, por outro lado, de maneira ambígua, esmaeceu o papel do controle social nas políticas de regionalização. Além de não existir, nem ser previsto, um CS que represente e defenda os interesses dos usuários na região de saúde, os CMS instituídos estão, prioritariamente, envoltos com questões de cada município isoladamente, sendo que as questões mais genéricas – fluxos e pactuações – envolvendo os espaços intermunicipais são abarcadas no CES, mas, contraditoriamente, distante dessas regiões, de suas singularidades e da sua população usuária do SUS. Sendo assim, "outra preocupação sobre as proposições aprovadas para o Pacto de Gestão está relacionada à baixa permeabilidade dos pactos ao controle social". (SOLLA, 2010, p. 72)

Essa constatação também pareceu ser uma demanda das representações da sociedade e do governo estadual, visto que foi tema de debate na 8ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia (BAHIA, 2011) e compôs as propostas do relatório final, que contou com a participação de 416 municípios,[14] dentre as quais destacam-se cinco:

1. Que a Sesab e o CES apoiem e estimulem a implantação de conselhos territoriais de saúde nos 23 territórios identidade da Bahia;
2. Que a Sesab apoie a realização de plenárias regionais do CES e a eleição de representantes regionais, além de possibilitar a interlocução destes com os CGMR/CIR;
3. Que o CES fomente a criação de uma instância colegiada de controle social de abrangência regional;
4. Que o CES, em parceria com universidades e centros acadêmicos, promova debates e reflexões sobre o controle social nas regiões de saúde do estado;
5. Que o CES estimule a implantação de fóruns anuais de conselheiros de saúde, de forma regionalizada e/ou de audiências públicas que abordem temas como direito à saúde, defesa do SUS, políticas de saúde e controle/participação social. (BAHIA, 2011)

Um dos entrevistados reconhecia a importância dessa esfera pública de participação social na saúde, mas alertou que os mecanismos de representação estavam engessados aos fluxos institucionais e, também, advertiu para a burocratização das propostas:

> *Acho que se prende, às vezes, a alguns mecanismos muito oficiais, tipo Conselho de Saúde e Conferência, ainda tem muitos limites. A gente acabou de sair de uma grande conferência, a maior conferência da história da Bahia; foram 416 municípios. [...] Mas eu*

14 Apenas o município de Anagé, na região de saúde de Vitória da Conquista, ficou ausente da 8ª Conferência Estadual de Saúde, por questões políticas (prefeito afastado pelo Tribunal Eleitoral).

acho que ainda é um momento muito pontual, que acaba o movimento da conferência e aí esse relatório fica na mão da gestão. (Entrevistado 16, gestor estadual)

Ainda também, apesar da profusão e capilaridade de arenas de representações sociais, persiste certa instrumentalização orgânica aos Conselhos e Conferências de Saúde. (LABRA, 2005) No caso do estado da Bahia, Jesus e Teixeira (2010) destacam o processo de captação das demandas das diversas regiões de saúde para elaboração do PES 2008-2011, ao relatarem a experiência institucional que envolveu vários níveis decisórios da secretaria estadual (centrais e regionais), realizou encontros com representantes da sociedade civil organizada dos 26 territórios de identidade para captação de demandas regionais e buscou incorporar propostas discutidas na 7ª CES. Tais movimentos, com ações mais dialógicas, permitiram captar as estratégias e intencionalidades presentes em documentos institucionais, como o PES e Plano Plurianual de Governo, que buscavam direcionar e modelar as políticas da Sesab e dos demais órgãos colegiados numa perspectiva mais democrática.

Apesar disso, no cotidiano da região de saúde de Vitória da Conquista, as observações mostraram que, nas reuniões da CIR, ainda que fossem abertas ao público, não havia participação de pessoas, representante de usuários, ligadas aos CS de nenhum dos municípios. Os agentes externos à CIR presentes nas reuniões eram técnicos das secretarias de saúde e Dires ou, eventualmente, pessoas ligadas às universidades, serviços de saúde e entidades de classe, que participavam das reuniões quando havia necessidade de apreciação de algum tema de interesse específico, fomentado por obrigação de fluxos institucionais.

A interação entre a CIR e os CMS resumia-se ao fluxo institucional previsto pela Sesab para as aprovações nos colegiados regionais, o que requer que os projetos dos municípios tenham aprovação prévia dos respectivos CMS, em função de exigência legal e normativa. Além disso, não havia rotina sistemática de retorno das deliberações – resumos

executivos ou atas – da CIR aos respectivos CMS da região. Ressalta-se, também, que não havia menção aos CMS como participantes da CIR no regimento interno, nem tampouco os membros do colegiado faziam referência acerca da necessidade de consulta ou participação dos CS ou membros da sociedade civil durante as reuniões.

Nesse aspecto, constata-se um total apagamento da sociedade civil e, particularmente, dos representantes de usuários na dinâmica da regionalização. Ou seja, ainda que as CIR tenham surgido para fortalecer a política regional, seu caráter de representação monopólica – reservada a um único segmento – restringe o debate das redes regionalizadas aos representantes governamentais. Ressalta-se também que, em geral, a CIR não era do conhecimento da população, da maioria dos profissionais e da própria mídia, tornando-a invisível ao controle social. Esse aspecto torna-se mais delicado na relação com os CMS, pois, de certa forma, a CIR, assim como a CIB em relação ao CES, passou a ser considerada "o lugar onde se tomam [...] decisões 'reais' devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas da gestão". (LABRA, 2005, p. 373)

Os entrevistados afirmaram que os CMS estavam contaminados por interesses dos próprios gestores e, por isso, a representação social não correspondia às necessidades da população. Entre as justificativas dos gestores, estavam a formação precária dos membros representantes dos usuários nos CMS, a assimetria de informação entre gestores e conselheiros, essencialmente relacionada às questões técnico-gerenciais do SUS (linguajar técnico, muitas vezes incompreensível pelos leigos), além de cooptação política, particularmente em municípios de pequeno porte, nos quais as relações privadas (trabalho, vínculo familiar, político-partidário etc.) dos conselheiros estão estreitamente imbricadas com os representantes do Executivo ou Legislativo local (apadrinhamento).

Uma das diferenças marcantes entre as instâncias colegiadas, como CIB ou CIR e os conselhos estaduais e municipais, reside na forma de sua representação, sendo aqueles corporativos exclusivos (gestores) e estes

compostos por uma diversidade corporativa de representações (prestadores, trabalhadores e usuários). Isso, *a priori*, não garante a nenhuma maior capacidade de resolver os confrontos no processo de negociação que envolve a burocracia pública do SUS, ainda que os CS sejam essencialmente mais democráticos. A distinção entre CIB e CS é mais bem elaborada por Silva e Labra (2001, p. 162), a qual também extrapola-se aqui as CIR:

> O CS representa interesses organizados e formalmente reconhecidos pelo Estado, possui *status* público e legitimidade, além de integrar o processo político na medida em que interfere na definição das políticas de saúde. Diferentemente, a CIB [e a CIR] seria uma instância de caráter técnico, que busca viabilizar as normas do SUS. Entretanto, ambas as arenas têm caráter corporativo, porquanto, para participar delas, seus membros devem pertencer à alta burocracia setorial estatal ou a uma associação organizada legalmente.

Diante dos problemas reportados nas políticas regionais de saúde – abuso de poder, privatização do espaço público etc. –, uma das possibilidades de tornar as escolhas mais republicanas e democráticas, portanto, seria a criação de uma rede comunicacional que garantisse fluxo direto e permanente entre os fóruns deliberativos, inclusive os colegiados regionais, os CMS e também com outros segmentos organizados da sociedade civil que permitissem a vocalização de todos e a publicização das deliberações dos gestores.

> Esse modelo exige da política uma maior complexidade em seu sistema decisório: a decisão pública não é mais exclusivamente governamental; o governo é central, mas é menos abrangente que os processos de governança. Exige, outrossim, distribuição do poder de decisão entre diversos atores, implicando intensa negociação na definição das regras políticas e criando a necessidade de descentralizar as decisões e os recursos. (MILANI, 2006, p. 186)

Por essa lógica, a Sesab propunha e executava uma série de estratégias em busca de fortalecer as representações nos territórios e apoiar o processo de mobilização social por meio da linha de ação "Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS". Entre as estratégias, destacavam-se: fortalecimentos e apoio à formação de conselheiros municipais, projeto Mobiliza-SUS, qualificação, ampliação e descentralização de Ouvidorias-SUS, implantação de estratégias de comunicação social no âmbito do SUS e incentivo a implantação de conselhos locais de saúde. (BAHIA, 2012c)

As estratégias apresentadas são fundamentais e corroboram o fortalecimento do SUS como bem público e não somente estatal. Milani (2006, p. 203) amplia essa expectativa e alerta que

> não há como separar a participação dos cidadãos na gestão local de um processo mais amplo de reforma política [de] Estado, nem do contexto social, cultural e econômico [...]. O nível de intensidade da ação pública local depende da forma (quantitativa e qualitativa) como esses atores atuam em torno de um campo específico de política pública [...] [há] dúvida sobre as condições efetivas que têm as instâncias locais na Bahia a fim de processarem conflitos gerados pelo sistema político nacional, por uma cultura política regional bastante conservadora [...].

Por fim, há questões subjacentes à participação popular e ao controle social que precisam ser consideradas nos territórios e que podem reduzir e comprometer a promessa de justiça social pela suposta participação democrática da sociedade em mera retórica, particularmente naqueles espaços mais conservadores, com arraigado déficit de políticas horizontais e com populações historicamente submissas às políticas paternalistas. Por esse prisma, "a participação não pode ser naturalizada como algo positivo em si mesmo nem desvinculada das relações sociais, econômicas e políticas". (ESCOREL; MOREIRA, 2014, p. 854)

Capítulo IV

POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO DE SAÚDE

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PRIMEIRO CONTATO E LIMITES AO ACESSO REGULAR DOS USUÁRIOS

A porta de entrada nos territórios da região de saúde de Vitória da Conquista era diversificada e materializava-se em fluxos de usuários que buscavam USF, Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, unidades de pronto-atendimento, serviços de urgência/emergência hospitalares na rede pública ou serviços privados, indiscriminadamente, para as suas necessidades de saúde. Todavia, essa aparente indefinição apresentou nuanças que possibilitaram captar padrões de escolha dos usuários e, assim, analisar os fenômenos supostamente difusos na rede regionalizada de saúde.

Os argumentos apresentados por gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços sinalizaram determinadas características, o que permitiu tecer considerações bastante aproximadas, ainda que provisórias, da realidade em foco. Por esse ângulo, as diferenças, até mesmo na primazia ou não por eleger determinado serviço como primeiro contato, estavam atreladas a condições que, muitas vezes, excediam a governança

dos sujeitos nas esferas municipal e regional, tais como o padrão de financiamento, disponibilidade de profissionais, especialmente médicos e capacidade técnica para gestão do cuidado no âmbito da organização dos serviços e no exercício das práticas de atenção nos microespaços.

Por outro lado, as questões que extrapolavam a governabilidade local confundiam, sobrepunham e intensificavam os problemas sob responsabilidade direta dos diferentes sujeitos nos territórios regionais, desdobrando-se: na extensão da cobertura da ESF nos municípios, localização e distribuição das USF, número de pessoas inscritas nas USF, horário de funcionamento e disponibilidade de profissionais, infraestrutura das USF, elenco das funções exercidas pela equipe etc. Não obstante, a modelagem resultante das escolhas dos sujeitos – gestores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários – definia a robustez ou não dos atributos da APS e, por sua via, conformavam a posição da ESF na rede regional. Ainda assim, ressalta-se que as supostas escolhas dos sujeitos não eram meras opções individuais, posto que constrangimentos de diversas ordens, sobre os quais sujeitos individuais tinham pouca governabilidade, condicionavam e limitavam as escolhas e ações. Os discursos a seguir aproximam-se dessa realidade:

Dificuldade no financiamento e repercussão no acesso...

> *[...] óbvio que a Atenção Básica é uma porta de entrada do sistema, mas infelizmente a Atenção Básica está praticamente renegada com esse recurso. Eu que vim da Atenção Básica, sei o que é estar no dia a dia reproduzindo que a Atenção Básica não tem dinheiro, que não tem recurso para gerir pessoas, para expandir, mantendo as Equipes de Saúde da Família com o nível que deve ser mantido de atendimento na cobertura, no número adequado de famílias. Hoje, temos que a maioria de nossas equipes extrapolam o número de famílias. E isso reflete na assistência, na falta de acesso. Então, hoje, o maior desafio que vejo é a gente ter acesso de Atenção Básica para nossa população.* (Entrevistado 7, gestor municipal)

Entrada pela USF, resolução em outros pontos...

> *[...] nos municípios de médio porte, a cobertura da ESF está girando nessa média de 60%, ou seja, não atende uma parcela da comunidade. Eu acho que chega a ter um atendimento inicial na ESF, mas, muitas vezes, pouco resolutivo. [...] E aí, acaba sendo demandado para hospitais regionais várias dessas demandas das USF. E, nos municípios menores, a questão é a Atenção Básica mesmo. A maior parte dos municípios não tem outro serviço; é a Atenção Básica. E esse município tem, normalmente, na Bahia, mais do que 90% de cobertura. Então, a entrada mesmo é a Atenção Básica, é a USF. A questão é como que ela está integrada dentro do sistema. A USF consegue coordenar esse cuidado? Ela faz de fato a vinculação e resolve aquilo que é possível ser resolvido na Atenção Básica e, quando não, se responsabiliza pela regulação desse usuário para ele ser atendido em outra unidade de forma referenciada? A gente sabe que, na maior parte das vezes, não, pois existem várias falhas no sistema, que vão desde problemas no componente municipal, estadual e federal da gestão. [...] na maioria do Estado, a Atenção Básica já se constitui como a principal porta de entrada. O problema é qual a qualidade desse processo e o que significa ser uma porta de entrada num sistema que não está integrado.* (Entrevistado 16, gestor estadual)

As falas de gestores que atuavam, respectivamente, nos espaços municipal, regional e estadual convergiram e destacaram o desafio para consolidação da ESF como porta de entrada preferencial, essencialmente pela cobertura inadequada. Ou seja, não era possível a ESF ser um serviço de primeiro contato aos cidadãos que, mormente, não encontravam a oferta desse serviço entre as opções da rede e, portanto, eram impelidos a buscar alternativas para resolução dos seus problemas de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – População coberta por ESF e quantitativo de EqSF, Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2011

Município	População	Estimativa população coberta	Nº EqSF	Proporção cobertura	Nº ESB	Razão ESB/ESF	Nº Nasf
Anagé	25.516	24.150	7	95	2	0,3	1
Barra do Choça	34.788	34.788	12	100	4	0,3	-
Belo Campo	16.021	16.021	6	100	2	0,3	-
Bom Jesus da Serra	10.113	10.113	3	100	3	1,0	-
Caetanos	13.639	13.639	4	100	3	0,8	-
Cândido Sales	27.918	20.700	6	74	3	0,5	-
Caraíbas	10.222	10.222	4	100	3	0,8	-
Condeúba	16.898	16.898	6	100	5	0,8	-
Cordeiros	8.168	8.168	4	100	2	0,5	-
Encruzilhada	23.766	13.800	4	58	4	1,0	-
Maetinga	7.038	7.038	4	100	2	0,5	1
Mirante	10.507	10.507	4	100	4	1,0	-
Piripá	12.783	12.783	6	100	2	0,3	-
Planalto	24.481	20.700	6	85	3	0,5	1
Poções	44.701	34.500	10	77	8	0,8	1
Pres. Jânio Quadros	13.652	13.652	7	100	3	0,4	1
Ribeirão do Largo	8.602	8.602	4	100	2	0,5	-
Tremedal	17.029	17.029	5	100	3	0,6	1
Vitória da Conquista	306.866	127.650	37	42	29	0,8	4
Região de Saúde	632.708	420.960	139	67	87	0,6	10

Nota: competência dezembro de 2011

Fonte: Bahia (2013a).

Contudo, mesmo essa constatação não era suficiente, posto que, na região, em territórios com 100% de cobertura formal e com cadastramento da maioria da população a uma USF de referência, a procura das unidades como primeira opção sofria interferências de diversas ordens, sobressaindo nos discursos a indisponibilidade do profissional médico como um dos maiores entraves à expansão do acesso e à garantia do cuidado nas USF.

Oferta insuficiente e baixa adesão dos médicos...

> *Temos dificuldade de captar o médico, então, assim, tínhamos, já nesse ano de 2011, perspectiva de cinco novas Equipes de Saúde da Família [...]. A gente sabe que o profissional enfermeiro, odontólogo e os demais membros da equipe, a gente tem facilidade de abrir uma seleção e captar, mas o profissional médico não. Até semana passada, estávamos com quatro equipes sem médico.* (Entrevistado 7, gestor municipal)

USF sem atendimento regular...

> *Quando adoecemos, vimos aqui primeiro no posto [todos concordam]. Depois se ver que aqui não tem jeito, aí vai pra cidade. Só que aqui [USF zona rural] não é todo dia que tem médico no PSF. O dia que não tem médico no PSF, liga pra secretaria, a ambulância vem e busca o paciente e leva para o posto médico da sede. Não fica sem atendimento não, tá? Só que é assim, era bom que tivesse aqui mesmo. Porque aí livrava de deslocar para cidade, porque se o PSF foi construído pra atendimento... Tem que ser bem atendido. Ter profissional, assim, o dia todo, até à noite. Porque a doença não marca hora pra chegar, né? Às vezes, uma pessoa passa mal à noite, nunca ficou ninguém sem socorro, vai ao orelhão, liga pra secretaria e a ambulância vem pegar.* (Grupo focal, usuários I)

Para configuração de um serviço de Saúde da Família como porta de entrada preferencial, pressupõe-se que tenha capacidade de acolher a demanda dos usuários no momento da busca, sendo reconhecido pela população como local de primeiro acesso para a maioria dos cuidados

– regulares e episódicos –, por meio de equipe de profissionais acessível na maior parte do tempo, com competência técnica, suporte material e com respostas adequadas aos casos que dependem do apoio tecnológico de outros pontos da rede de serviços de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002) Por essa óptica, algumas evidências na região contrariavam tal expectativa e comprometiam o primeiro atributo de uma APS robusta. Os depoimentos revelaram um cenário crítico, porquanto a cobertura parcial somada ao número excessivo de pessoas sob o cuidado de uma única equipe, por si, já constrangiam a capacidade dos profissionais em abarcar as demandas de maneira resolutiva e, particularmente, estarem acessíveis no momento em que eram requeridos pelos usuários.

A composição da EqSF também limitava a ação permanente dos trabalhadores da saúde, visto que não são possíveis esquemas de intersubstituição[15] (para uma mesma categoria profissional) na ausência de um dos profissionais de nível superior – seja, por exemplo, para desenvolver uma atividade externa ligada à comunidade (visita domiciliar, atividade educativa), para qualificação técnica, por férias, adoecimento, entre outros motivos. Nessas ocasiões, as USF ficavam desfalcadas de um dos membros e a população transitoriamente "descoberta". Além disso, os horários e dias oficiais de funcionamento – de segunda a sexta-feira, em dois turnos (horário comercial), com pausa para o almoço – eram, por si, limitadores para diversos grupos que trabalhavam ou estudavam, e também, na região, havia situações agravantes que obstaculizavam o acesso por conta do não cumprimento dos horários acordados, pelo tempo de

15 Nas USF, em Portugal, por exemplo, os médicos e enfermeiros fazem atendimento no horário normal dos usuários que não conseguem agendar consultas (não programadas) para seu médico/enfermeiro de família no mecanismo de "intersubstituição" para atendimento do usuário – caso necessário (intercorrência), por outro médico/enfermeiro da USF. (ROCHA; SÁ, 2011; SANTOS et al., 2015) Por conta de ser uma "equipe ampliada" – vários profissionais da mesma categoria numa mesma equipe –, é possível a intersubstituição nos momentos de folga, férias e outras razões que cominem a ausência do profissional na USF – faz parte do planejamento da equipe – e haja necessidade de atendimento dos usuários do respectivo profissional. Nesse sentido, a USF nunca fica descoberta.

deslocamento para zonas rurais afastadas e pela existência de diversos turnos sem médico, muitas vezes, em conformidade com os gestores locais.

No cotidiano das equipes, a organização das atividades tornava-se reativa às imposições limitadoras da demanda. Ou seja, os profissionais, mesmo quando desejavam e eram estimulados a desenvolver ações para além da clínica biomédica, acabavam por não conseguir e reduziam as USF a ambulatórios guiados pela queixa-conduta, com práticas mais centradas nos procedimentos que nas pessoas. Por outro lado, muitas equipes buscavam certa racionalidade na condução do processo de trabalho e acabavam por se fechar em práticas programáticas, atendendo demanda organizada para certos grupos populacionais. Mas, desse modo, comprometiam o atendimento oportuno de situações episódicas e de indivíduos menos aderentes à USF; ou o oposto – tornavam-se excessivamente abertas e conduzidas, essencialmente, por demanda espontânea dos usuários. Nesse sentido, o desequilíbrio entre demandas programadas e espontâneas corroboravam práticas distantes de uma APS forte, contribuindo para o não reconhecimento, pela população-usuária, da USF enquanto lócus privilegiado para o cuidado. Contudo, o mais delicado era tornar equipes engajadas para desenvolver um processo de trabalho mais centrado nas famílias, pouco distintas de equipes mais tradicionais ou sem envolvimento com o trabalho – ou seja, havia uma opacidade às boas práticas.

Tais situações acentuavam-se por restrições ao acesso oriundas de questões organizacionais (elevado número de famílias cadastradas por EqSF com consequente extrapolação das demandas), além das barreiras geográficas (distância entre residência e USF na zona rural) e barreiras técnicas (precariedade no acolhimento das prioridades). As entrevistas a seguir reproduzem parte dessa situação:

Equipe mínima para demandas alargadas e complexas...

> *[...] o número elevado de famílias, se for comparar, outros municípios têm vários outros defeitos, outros problemas que aqui não tem, mas, em relação ao número de famílias, nunca vi. Todas as equipes estão com número excedente de família, e não é número excedente de 200 pessoas não, é exatamente o dobro do que é preconizado. O MS [Ministério da Saúde] diz que tem que ter mil, a minha tem 2 mil famílias para uma equipe mínima multiprofissional. Isso a minha, porque a outra equipe deve estar com quase 4 mil famílias. [...] não existe condição de uma equipe mínima desenvolver um bom trabalho. 'Ah, porque o povo não está acostumado ao PSF'. Mas não é questão de costume não, gente, mas não vai conseguir fazer com que uma proposta que está dizendo que é para mil que, mesmo assim, eu já acho exorbitante, pois, se for pensar na complexidade que é a Atenção Básica. Porque a gente fala que a Atenção Básica é como se fosse uma coisa básica, mas PSF é uma coisa tão complexa que acho que nem pode mais falar uma coisa, assim, como só Atenção Básica.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Populações rarefeitas e dispersas no território...

> *A grande dificuldade que a gente encontra no nosso PSF é a questão do município ser muito rarefeito. Por exemplo, o PSF está numa unidade de uma região e tem família a mais ou menos 15 quilômetros de distância. Entendeu? É uma grande dificuldade que a gente encontra devido à questão de acesso da população para esse PSF. Por ser uma população carente, não ter condições de pagar transporte, acaba dificultando um pouco o acesso e a nós que vamos fazer o trabalho.* (Grupo focal, trabalhadores I)

A razão de existir dos serviços de saúde são os usuários; logo, parece contraproducente que as USF sejam percebidas pela população como espaços indesejados, inseguros e não resolutivos – ou pior: lugares reservados aos que não dispõe de outros meios materiais, como serviço de segunda categoria, legitimando a ideia de "[...] rede básica como lugar das coisas simples". (CECÍLIO et al., 2012, p. 2896) A consequência de uma Saúde da Família frágil, pouco acessível e com baixa resolubilidade é a

valorização excessiva depositada no hospital e a centralização na figura do médico, sobretudo o especialista. Por esse aspecto, a população tem sua subjetivação impregnada pelo desejo de uso de materiais e equipamentos como sentido de saúde e prevenção, distinto da "simplicidade da USF". Assim, possuir um plano de saúde privado torna-se quase uma obrigação e garantia de "alforria" do SUS. Para Mattos (2009b, p. 374), a dificuldade no acesso ao serviço pode levar o usuário "a concluir que ele precisa de um plano de saúde (na suposição, não necessariamente real, mas eficaz simbolicamente, de que na saúde suplementar ele teria direito ao acesso sonhado)".

Somando-se ao que se apontou, as formas de agendamento de consultas nas USF pareciam dificultar ainda mais a sua legitimação como porta de entrada preferencial. Nas observações e entrevistas, encontraram-se distintas formas de marcação de consultas na região, entre USF de uma mesma cidade e entre profissionais de uma mesma USF. Existiam marcações de consultas diretamente na recepção da USF com aprazamento diário para alguns programas específicos, marcação por meio de Agente Comunitário de Saúde (ACS) para os usuários que residiam em microárea distantes da USF, formação de filas para marcação por ordem de chegada, triagem matinal na USF para definição de prioridades ou, ainda, livre demanda com limite de vagas conforme cada profissional ou ação a ser desenvolvida.

Todavia, não havia opção de marcação por telefone, nem tampouco agendamento com horário marcado. Nesse aspecto, os usuários queixavam-se por ter de chegar cedo e permanecer durante um turno inteiro para serem atendidos, mesmo no caso de consultas previamente agendadas de demanda programada. Mesmo que essa seja uma prática comum também em clínicas privadas, parece que, no espaço público, já desacreditado, ganha proporções mais dramáticas. Os posicionamentos dos trabalhadores da saúde e usuários em grupos focais ilustram algumas dessas passagens.

USF como serviço para pobre...

> *As pessoas que têm poder aquisitivo maior detêm plano de saúde. Alguns não, mas os que detêm procuram os serviços particulares. Só que o pessoal que é da minha área, que são da parte mais carente, com certeza procura mais o posto de saúde. [...] Pessoas que têm plano de saúde na área até querem esse vínculo; às vezes, procuram o médico na USF para saber alguma coisa, mas sempre falam: 'Como eu tenho plano de saúde, prefiro dar a minha vaga para quem não tem'. Têm essa noção. Ou então, fazem a consulta com o médico e os exames preferem pagar pela demora do resultado.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

USF com falhas na priorização de demandas e prerrogativa para influências pessoais...

> *E é assim, se você não conseguiu, aí você volta no outro dia: 'Há quantos dias você está com esse problema?', 'Ah, X dias?', 'E porque você não veio antes?', 'Mas eu vim e não consegui a vaga'. Está entendendo? É aquele jogo de empurra, aquela limitação. Mas se você tem uma amizade, conhecimento, você é atendido mais rápido, entendeu? Aí te passa na frente, te dá uma senha.* (Grupo focal, usuários III)

Acrescentam-se, ainda, a estrutura física e as acomodações das USF observadas em quatro diferentes municípios e também relatadas pelos entrevistados. Nesse sentido, as USF, em algumas circunstâncias, ainda localizavam-se em ambientes adaptados, com restrição de espaço para o desenvolvimento das atividades clínicas e administrativas. Todas as USF visitadas estavam limpas e com pintura recente, mas o espaço da recepção, em todas, era insuficiente para acomodação confortável dos usuários e as pessoas expunham suas demandas sem privacidade no balcão de atendimento. Além disso, não foram observados meios de entretenimento para preencher o tempo de espera, ausência de climatização, *layout* pouco atrativo, comprometimento da acessibilidade, poluição visual em relação ao material informativo – alguns improvisados –, com falhas na ambiência e sem uma identidade estética, ou seja, as USF ainda assumiam uma aparência pouco atrativa e simplificada. Todo esse

ambiente interferia no acolhimento e no cuidado a ser prestado, pois o usuário ficava constrangido a expressar rapidamente seu problema e os funcionários da recepção trabalhavam sob pressão, gerando estresse nas relações e falhas na cordialidade entre a população e os trabalhadores da USF, notadamente, na recepção das unidades.

Numa das USF, por exemplo, a área externa – entorno da unidade – estava suja e com jardim descuidado, o que gerou um diálogo entre alguns usuários que esperavam por consulta, sentados ao sol, por falta de espaço na recepção:

> "*eles [profissionais da USF] chegam em nossa casa e dizem o que está certo e errado, o que está sujo ou limpo, mas chegamos aqui [USF] e nos deparamos com essa sujeira. Mas aqui não podemos falar, pois acham ruim quando reclamamos*" (diálogo captado durante observação a uma das USF).

Essa miríade de fatores objetivos e subjetivos repercute nas escolhas dos usuários e disposição para eleger a USF como prioridade na rede de serviços de saúde, mas também nas escolhas dos profissionais, particularmente médicos. Alguns relatos revelaram essa constatação:

USF como espaços precários para o trabalho e para o cuidado...

> *[...] Agora você pisou no calo! A minha unidade mesmo tem estrutura antiga [...]; realmente, a estrutura física não é tão adequada [...]. Outra USF é uma casa que a prefeitura comprou e foi adaptada, mas consegue desenvolver o trabalho. Agora, em questão de material, por exemplo, sempre é muito baixo o medicamento de emergência [...]. Já a minha é uma das unidades mais precárias que tem aqui no município [...]. São duas casas alugadas que tentaram adaptar. [...] Nós criamos uma recepção, não tem uma porta de entrada para a recepção, é uma porta lateral; então, a comunidade já chega meio perdida, sem saber quem procurar. E os consultórios em outro local, totalmente longe da recepção, então tenho o trabalho de atender e o trabalho de recepcionista também. [...] até o pessoal que coordena reconhece que é uma unidade que não tem estrutura nenhuma para funcionar como USF. [...] No consultório*

onde eu atendo, se eu tenho que abrir a janela para circular um ar e a paciente chega e diz que tem uma dor na mama, como eu posso fiscalizar e observar a mama dessa pessoa com a janela aberta? Fecho a janela, mas aí faz um calorão tremendo. Não tem um ar condicionado, não tem equipamento, nem tem nada, entendeu? É outra dificuldade a questão estrutural. Então, assim, se tivesse essa segurança [suporte de material], aí não tenho dúvida que outros colegas estariam aqui e o PSF teria médico as 40 horas da semana como deveria. (Grupo focal, trabalhadores III)

A descrição das USF no relato do grupo focal de trabalhadores reforçou a ideia de precariedade da estrutura física dos estabelecimentos de saúde. Todavia, é importante salientar que não se tratava de uma homogeneidade entre as USF da região. Aliás, havia inúmeras discrepâncias entre as USF de um mesmo município e, obviamente, entre os 19 municípios que compõem a região de saúde. Ainda assim, nas USF visitadas, os consultórios, por exemplo, eram mais "acolhedores" na dependência da disposição dos próprios profissionais em ornamentá-los com quadros, pinturas ou outros elementos estéticos.

Por outro lado, constatou-se, nas entrevistas e observações, que o investimento em infraestrutura das USF ocupava a agenda dos formuladores de políticas e gestores, na busca por reverter o débito histórico na adequação dos estabelecimentos de saúde para desenvolvimento qualificado de ações em APS. Os trechos das entrevistas adiante sinalizam esforços por melhores condições de trabalho e assistência:

USF melhoradas, mas ainda falta muito...

A maioria das USF passou por reforma, foi totalmente refeita. Nas zonas rurais, todas têm sede própria, e a única USF, justamente a que você visitou agora, você viu que é uma casa alugada, pois foi implantada agora. Mas a gente também já fez o projeto para a reestruturação. Mas todas que foram reformadas, eu considero com boas condições. Falta material, uma coisa ou outra, mas são bem estruturadas, têm boas condições que dá para oferecer um atendimento de qualidade. [...] às vezes, falta uma mesa, uma cadeira, às vezes, falta uma geladeira. Por exemplo, na sala de vacina, a gente

está precisando comprar geladeira, porque o pessoal na zona rural tem de levar a vacina todo dia; então, o enfermeiro tem que levar a vacina na caixa térmica. E se tivesse uma geladeira lá, diminuiria isso. (Entrevistado 4, gestor municipal)

Fomento à qualificação das USF...

[...] antigamente, era gritante. A gente chegava nessas USF, tinha até que pedir para interditar e fechar, porque não tinham condições nenhuma para funcionar como uma unidade de saúde. Mas aí com o convênio, o MS, junto com o Estado, a Sesab, tem investido muito em construção e reforma de USF. E isso tem melhorado muito, porque a maioria, hoje, nos nossos municípios, as USF foram construídas ou reformadas. Tanto é que, nesse ano, novamente, já lançou um programa de requalificação de USF, que a maioria dos municípios aderiu e entrou nesse programa tanto para reforma como para construção. São poucos os municípios hoje que têm as unidades alugadas; a maior parte deles são unidades próprias, já construídas ou reformadas. [...] quando é uma nova equipe, aí é que eles alugam, mas logo logo, também, já entra no plano do governo, para reforma ou construção. (Entrevistado 12, gestor regional)

Infraestrutura da APS na agenda política...

[...] a gente colocou como meta a construção de 400 unidades, construímos 397 e estamos com 130 em construção [novembro de 2011]. Então, já passamos aquela meta inicial, vamos chegar quase na marca de 500 e poucas unidades construídas. E o governo já lançou uma continuidade desse programa. Então, a gente está investindo na construção de unidades. [...] A Bahia foi um dos estados com o maior número de unidades em situação adequada do Brasil. [...] É porque o dado no Brasil é muito ruim, não é? Pelo dado total do Brasil, há 76% das unidades em situação que não obedecem a [Resolução de Diretoria Colegiada] RDC 50. A Bahia ficou com 70%. Isso, então, é fruto dessas novas unidades que a gente construiu. (Entrevistado 16, gestor estadual)

Corroborando as informações dos gestores entrevistados, documentos institucionais apontaram um importante esforço da Sesab em apoiar a requalificação das estruturas e construção de novas USF, por meio do Programa de Construção de Novas Unidades de Saúde da Família, desde 2007. Segundo avaliação da Sesab, 383 USF haviam sido entregues – destas, 340 construídas e 43 reformadas, em 296 municípios, sendo que 112 USF estavam em obras. A segunda etapa do projeto previa mais 400 USF, ressaltando que houve melhorias no projeto inicial com uma nova planta de USF, aumento da área construída, ampliação dos consultórios, sala de reuniões e pequeno auditório multiuso com acesso externo para atividades de finais de semana com a comunidade e sala de acolhimento, além de garantia de espaços confortáveis para sala de nebulização, sala de procedimentos e coleta, sala de imunização, farmácia e banheiros adaptados para pessoas com deficiência. (BAHIA, [20--])

Agregando-se a isso, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011b, 2011c), nos componentes "ampliação" (Portaria 2394/11) e "reforma" (Portaria 2206/11), lançados pelo Ministério da Saúde em 2011, contemplou, na Bahia, 817 projetos de reforma, sendo o estado com maior número de unidades contempladas pelo programa. (BAHIA, [20--]) Na região de saúde de Vitória da Conquista, foram credenciados 13 municípios com 58 projetos de reforma e 9 municípios com 18 projetos de ampliação, ficando de fora apenas os municípios de Anagé e Caetanos. (BRASIL, 2012b) Salienta-se que tanto a Sesab quanto o Ministério da Saúde disponibilizavam parâmetros técnicos, baseados na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 50) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2002, para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos com orientação para os gestores municipais.

Em síntese, os investimentos em infraestrutura física e qualificação da assistência ofertada nas USF nos diferentes pontos da região poderiam fortalecer e aprimorar a Saúde da Família, ao reverter a imagem negativa

associada aos estabelecimentos de APS, contribuindo para torná-los sítios de busca inicial e fonte regular de cuidados na rede.

PROCESSO DE TRABALHO NAS EQSF: MODELO MÉDICO-CENTRADO E SERVIÇOS "SEM MÉDICO"

Para fortalecer a ESF, são necessários processos de trabalho em saúde voltados às pessoas, o que implica a capacidade resolutiva da equipe de saúde, ou seja, requer expansão de suas funções e responsabilidades para gestão do cuidado no nível das práticas. (CECÍLIO, 2009) Por esse prisma, o atributo da longitudinalidade – que pressupõe um vínculo entre os profissionais e os usuários, com estabelecimento de relação pessoal e continuidade do cuidado ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença – é dependente de uma fonte de busca regular e preferencial. (STARFIELD, 2002)

O cardápio de oferta de serviços nas USF investigadas era semelhante e seguia, grosso modo, as recomendações da PNAB. Porém, o processo de trabalho, ou seja, o modo de produção do cuidado era bastante heterogêneo entre as distintas EqSF espalhadas pela região de saúde. Diferiam, inclusive, dentro de um mesmo município, o que acabava produzindo uma miscelânea de práticas assistenciais sem um claro direcionamento, ficando, muitas vezes, a critério dos profissionais em cada unidade de saúde. Dessa forma, restava aos usuários um ajustamento ao cardápio de serviços ofertado e ao *modus operandi* de cada equipe. Ainda assim, havia determinados modelos de comportamento nas práticas que se reprisavam em distintos lugares que permitiram apreender o quão se aproximavam ou se afastavam dos atributos de uma APS forte.

Entre as atividades comuns das EqSF, destacavam-se as ações clínicas individuais de médicos, sendo estas, também, as de maior visibilidade nos discursos dos entrevistados. Nesse aspecto, os escassos turnos de trabalho médico – com exceção de Vitória da Conquista –, o grande número de famílias cadastradas por equipe e a cobertura parcial nos

maiores municípios da região favoreciam uma demanda pressionada por atendimentos individuais e que conformavam as USF em ambulatórios, com pouca ou nenhuma distinção de outros estabelecimentos de saúde mais tradicionais. Nos municípios visitados, por meio de entrevistas e nos discursos de gestores e técnicos nas reuniões da CIR, houve convergência de que a organização das atividades clínicas individuais era moldada pela agenda médica:

USF como ambulatório melhorado...

> *[...] mesmo que tenha 100% de cobertura, o que a gente observa na prática é que o PSF é um ambulatório melhorado. Então, não há comprometimento dos profissionais das equipes, é claro, com honrosas exceções, não há. Culturalmente, não há comprometimento em fazer a ESF. Então, vai até a unidade atende, acabou, principalmente médico. Eu brinco sempre que ele chega de costa para sair mais rápido. Então, a questão é atender o quanto mais rápido possível. Tenho visto isso em municípios com a remuneração inclusive salarial muito melhor que aqui, pois na região, aqui [Vitória da Conquista], é que tem o salário menor.* (Entrevistado 9, gestor municipal)

Processo de trabalho médico individual...

> *[...] Ele [médico] não desenvolve um bom trabalho com a equipe, sempre é individualista, faz só o trabalho dele, não faz as atribuições que são para a equipe. O que são atribuições da equipe, ele nunca consegue desempenhar em conjunto. Infelizmente, muitos médicos ainda não têm e não incorporaram o perfil da ESF. Muitos vão para dentro da EqSF para fazer ambulatório. Vai lá pra dentro pra atender, atender, e não quer estar junto com a equipe, não quer fazer uma visita domiciliar. Uma boa parte desses médicos não quer fazer visita domiciliar, não quer fazer trabalhos em grupo ou uma sala de espera. [...] as atribuições que são da equipe, eles não estão desenvolvendo. Eles estão ganhando bem e isso gera uma insatisfação entre os outros profissionais. Porque eles [os demais profissionais] trabalham mais tempo, fazem bem mais coisas e ganham muito menos.* (Entrevistado 12, gestor regional)

A atração e a fixação de médico às EqSF foram um problema frequentemente relatado por todos os entrevistados e constituiam-se num desafio aos gestores municipais da região de saúde, precipuamente nas pequenas cidades. Por conta dessa dificuldade, os secretários de saúde lançavam mão de inúmeros artifícios para lidar com o problema, nem sempre eficientes, e que, por vezes, agravavam a situação ao invés de resolvê-la. Entre as diversas estratégias, a mais comum era o pagamento de salários acima da média regional como forma de atração de médico. Contudo, além de gerar insatisfação nos demais profissionais da equipe, contribuía para alimentar a competição entre os municípios e aumentar a rotatividade dos profissionais, precipitando a constituição de acordos informais de trabalho – carga horária reduzida ou flexibilizada, restrição de atividades desenvolvidas, número de atendimentos pré-definidos etc. – em detrimento das necessidades da população, ao contrariar, inclusive, os princípios e diretrizes previstos na PNAB. Não por acaso, a gestão do trabalho e seus desdobramentos impactam na sustentabilidade da ESF, sendo tratados como um dos grandes desafios para gestores municipais e estaduais em todo o Brasil. (BRASIL, 2005; MENDONÇA et al., 2010; PINTO; TEIXEIRA, 2011)

Na região de saúde, as distintas táticas para atração e fixação de médicos em EqSF geravam distorções de todas as ordens no processo de trabalho esperado para a ESF, repercutindo na qualidade e resolubilidade da atenção prestada. Em entrevistas, os gestores abordaram que não podiam fazer seleção de profissionais com exigências que visassem distinguir perfil para o trabalho, levando-os, até mesmo, a contratar médicos em idade avançada e recém-formados ou a terem que fazer "vistas grossas" às ausências, outros vínculos coincidentes com o horário de trabalho e descumprimento das atividades propostas para a saúde da família. Os relatos abaixo contextualizam esses desafios:

Maior salário dos médicos não os fixa, nem garante melhor assistência...

> *[...] você sabe que PSF é 40 horas. Mas tem médico que faz em 3 dias, 2 dias, mas não faz as funções que deveria fazer, porque não dá tempo. A maioria do nosso PSF é na zona rural, aí sai daqui entre 8 horas e 8h e meia, vai chegar que horas? Tem PSF que dura em torno de 2 horas [deslocamento], então vai chegar às 10, 11 horas, e quando é 15 horas, retornam. Então, o trabalho específico do enfermeiro fica atrapalhado, porque ele precisa do profissional médico, mas aí não vai ter aquele apoio do médico. Então, muitas funções que deviam fazer acabam não fazendo.* (Entrevistado 4, gestor municipal)

Rotatividade de médicos estimulada pela competição entre municípios. . .

> *Volto para aquele mesmo problema da rotatividade de profissionais, volto para aquele mesmo problema de assistência de recursos para a qualificação de profissionais e da capacitação. Hoje mesmo, tive a informação de que outro médico saiu. Então, estou com duas USF sem médico [...]. Você simplesmente tem um médico hoje e amanhã ele já não vem.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

> *[...] O médico fala: 'Por que eu vou ganhar 7 mil, 8 mil em Conquista para trabalhar 40 horas? De jeito nenhum, o outro município me paga 10, 12 e tenho um dia de folga, ou, então, eu atendo só um turno'.* (Entrevistado 9, gestor municipal)

Ruim com ele, pior sem ele...

> *Em relação ao médico, é complicadíssimo. [...] não sei se é uma questão já de formação do profissional. Temos médicos aqui que desenvolvem um papel muito interessante, aquilo que se espera de um médico generalista de Saúde da Família. E temos outros que, por outro lado, ainda têm aquela mentalidade mesmo da lógica de atendimento tradicional e que você fica numa situação difícil, porque você sabe que ele está assumindo um papel que ele não se identifica. Mas, às vezes, você tem que optar: ou fica com aquele profissional ali, ou você desliga e fica meses e meses tentando contratar outro profissional sem conseguir. É difícil!* (Entrevistado 11, gestor municipal)

Tais questões impactavam diretamente no atributo da longitudinalidade do cuidado por EqSF, em particular, quando envolvia cuidados médicos. Porém, apesar das inúmeras críticas aos médicos individualmente, um conjunto de condições que contribuiam para tais situações também emergiu do discurso dos sujeitos. Para muitos médicos, a formação na academia não era suficientemente sedutora quando abordava o trabalho do generalista. Nesse sentido, as tecnologias mais adensadas e o fetiche por máquinas e equipamentos ganham o imaginário dos futuros profissionais, inclusive distorcendo sua percepção sobre o papel da clínica. (MERHY, 2002) Além disso, muitas instituições centram-se numa formação médica distante das necessidades sociais, pautadas, sobretudo, no conhecimento técnico e fragmentado do trabalho médico, numa espécie de especialização precoce e concomitante redução da capacidade clínica, "esquecendo-se do objetivo finalístico de seu trabalho que é a produção de maiores coeficientes de saúde". (CAMPOS, 2003, p. 79) Tais questões estiveram presentes em depoimentos, inclusive de gestores municipais com formação em medicina.

No mundo do trabalho, os profissionais médicos recém-formados acabam por buscar na ESF um meio de ganhar e poupar dinheiro para uma posterior especialização ou residência, sem, portanto, desenvolver um sentido de pertencimento ao campo das práticas generalistas. (GONÇALVES et al., 2009) Essa constatação apareceu também em grupo focal com trabalhadores e nas falas dos gestores na CIR. Por sua vez, não se trata de uma escolha meramente idealizada, porquanto até nos serviços públicos de saúde predominam as políticas e o financiamento centrados em especialidades de média e alta densidade tecnológica, fomentando o apelo pela medicina curativa e procedimental e encorajando a sua predileção. Por essa via, soma-se o apelo midiático pelo consumo excessivo de novos aparatos tecnológicos, aliado ao prestígio social e maior valorização entre os pares para os profissionais que atuam em espaços hospitalares ou que lidam com questões mais específicas, em detrimento dos que labutam com as generalidades. (MERHY,

2002) O gestor municipal, cujo depoimento consta a seguir, apreende, com riqueza de detalhes, essa expectativa social:

Idealização da prática médica...

> *[...] a medicina está associada, no imaginário popular, a salvar vidas. A medicina está associada, no imaginário popular, a pegar a pessoa que está morrendo e trazer de volta à vida. Aí, o médico é o salvador, o curador, ele é o último recurso, é aquele que sabe o que fazer quando ninguém mais sabe. Isso ainda é muito forte; então, muita gente não quer trabalhar com medicina preventiva, porque, simplesmente, o que os levou a serem médicos é apenas um reflexo da valorização social do médico, não como o gestor, como um administrador, como um político da saúde, mas como um herói que vai lá salvar a vida. Então, muita gente quer trabalhar no hospital, quer trabalhar na ambulância do [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] Samu 192. A maioria dos médicos que pisa no Samu 192, eles têm a intenção de trabalhar dentro da ambulância. Não têm a intenção de serem médicos reguladores. Poucos dizem que gostam da regulação. [...] E muitos reguladores, ao longo do tempo vão saindo, até os bons, os que gostam, vão saindo. Tem uns que podem até gostar, mas não falam. Mas, geralmente, eles entram na regulação como se fosse um degrau para avançar, como se a intervenção estivesse num patamar superior. Então, a valorização popular da medicina se dá sempre em cima da intervenção, do salvamento, do estereótipo do herói que salva a pessoa no último momento. Isso é um dos motivos, também, pelos quais existe pouca vontade de ser médico da ESF. É uma questão cultural. Tem colegas que querem ser, que se comprometem. Eu vejo isso, mas não é maioria.* (Entrevistado 10, gestor municipal)

Para amenizar esse quadro, inclusive de escassez de médicos, novos cursos de medicina[16] estavam sendo implantados na Bahia, estando um

16 Até 2011, a Bahia contava com sete cursos de Medicina distribuídos em duas instituições privadas (em Salvador), uma federal (em Salvador) e quatro estaduais (Feira de Santana, Ilhéus, Jequié/Vitória da Conquista). (DEMOGRAFIA..., 2011) Em 2012, o Ministério da Educação autorizou cinco novos cursos, sendo um em instituição privada (em Salvador) e quatro em instituições federais (Barreiras, Paulo Afonso, Santo Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas). (BAHIA..., 2012a) Recentemente, em julho de 2016, um novo curso de Medicina foi iniciado na UFBA de Vitória da Conquista.

deles na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), na região de Vitória da Conquista, com algumas "inovações" no currículo e no projeto político-pedagógico, por meio do método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e inserção "precoce" dos estudantes no cenário do SUS, além de outros projetos, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)[17] e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), articulados com outras instituições de ensino superior e outras graduações. Por sua vez, um dado inusitado emergiu acerca da repercussão desse processo formativo e a disponibilidade de médicos para Saúde da Família:

> *[...] aqui, a gente teve uma grande esperança que com a universidade de medicina, a gente acabaria com esse problema [falta de médicos]. E aí foi uma doce ilusão, porque, da primeira turma, não ficou um médico aqui no município. Dessa segunda turma, nós temos um que conseguimos porque é morador daqui; a esposa já trabalhava com a gente e conseguimos fixar para Saúde da Família. Até conseguimos médicos para Samu 192 e para o plantão da urgência, mas para ESF conseguimos apenas um. E aí, vejo, muitas vezes, é que a gente cobra as 40 horas, os 10 turnos têm que estar na unidade, ou para o turno de visita domiciliar, ou grupo educativo, ou reunião de equipe. Então, de certa maneira, tem um nível de cobrança maior. E o salário daqui é o menor da região [...] Tivemos recentemente um médico que saiu do nosso PSF pra outro município vizinho para ganhar 15 mil, 3 dias na semana [...].* (Entrevistado 7, gestor municipal)

17 O Pró-Saúde e o PET-Saúde têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. A articulação dessas iniciativas visa: (1) à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e (2) a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas Instituições de Ensino Superior. (LIMA; BISPO JÚNIOR, 2017)

Apesar de muito preliminar, a evidência de não fixação de médicos na ESF, mesmo com algumas mudanças na formação, sinaliza a necessidade de ampla articulação entre ensino e serviço, essencialmente na definição do modelo de atenção à saúde disponível para os futuros profissionais e serve de alerta acerca da insuficiência na mudança apenas dos métodos formativos. Em razão disso, gestores afirmavam que o diálogo entre as instituições – ensino e serviço – ainda carecia de maior abertura e articulação para que a universidade captasse e buscasse responder a demandas das políticas locais relacionadas ao SUS.

Paralelamente, constatou-se também um quadro de professores, no curso de Medicina, exercendo a prática liberal em clínicas e hospitais privados dos municípios. Aliado à ampla oferta de emprego para médicos na região, tanto no setor público como privado, os professores corroboram e legitimam a busca por melhores condições de trabalho com maior remuneração em detrimento da ideológica defesa do SUS e da APS. Ou seja, mesmo com formação em cenários do SUS, o mercado apresentava um leque diversificado de opções de trabalho que comprometia e justificava a não permanência do médico ou a rotatividade em diferentes EqSF.

Além disso, na região de saúde, não havia exigência de formação específica, nem tampouco de acúmulo de experiências para trabalhar na ESF. Dessa forma, a ESF era um campo aberto para todo e qualquer médico – com e sem especialidade –, indistintamente, corroborando a falsa ideia de medicina simplificada e de baixa complexidade. (CASTRO et al., 2012; GIL, 2005; GONÇALVES et al., 2009; LOPES; BOUSQUAT, 2011) A livre oferta de especialidades de acordo com a decisão apenas da corporação médica parece contrariar a lógica pública, pois tende a responder aos anseios do mercado, com reserva e proteção de determinados grupos estratégicos (NEY; RODRIGUES, 2012), sem responder às necessidades do SUS, relegando à APS uma formação residual e comprometendo, inclusive, a qualidade da assistência prestada.

Por sua vez, os médicos participantes dos grupos focais apresentaram suas versões e acresceram outros elementos que os afastavam da APS: condições precárias de trabalho nas USF, sobrecarga de trabalho, excesso de cobrança pela gestão, dificuldade de trabalhar com questões administrativas nas USF – "excesso de papéis" –, resultados lentos das intervenções clínicas, baixo adensamento tecnológico das USF, salários incompatíveis com 40 horas de trabalho, vínculo trabalhista precário, comprometimento do seguimento do cuidado nas especialidades – longo tempo de espera para os exames especializados –, isolamento dos demais colegas de profissão, processos de capacitação/educação permanente em saúde pouco voltados às habilidades clínicas, municípios pequenos com poucas opções de lazer e de crescimento profissional, além da interferência política no acesso dos usuários. Em diferentes cenários do país, há convergência da mesma perspectiva apresentada pelos médicos da região de saúde de Vitória da Conquista. (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009; GARIGLIO; RADICCHI, 2008; GIL, 2005; GONÇALVES et al., 2009) A seguir, apresentam-se alguns argumentos dos profissionais acerca dessas questões:

Baixo prestígio do médico generalista...

> *Na classe médica, os especialistas não vêm o médico do PSF como atualizados, como bons médicos. Na prática, vejo é muitas críticas: 'Médico do interior, não sabe nada, não sabe avaliar nada'. [...] mas talvez não conheçam a realidade do próprio trabalho do PSF, nem estudaram a política do PSF. Imagine um médico formado há 30 anos, não sabe nem o que é PSF. E o médico generalista, realmente o saber da medicina é muito amplo, não tem como saber tudo. Tem hora que você está procurando o especialista porque precisa do apoio. [...] Às vezes, um colega comenta: 'Vixe, aquele médico do PSF!'. Existe esse preconceito*. (Grupo focal, trabalhadores I)

Dificuldades para interiorização do profissional médico...

> *Nenhum médico vem para o interior por conta de concurso. No dia que fizer concurso, no dia seguinte, vou embora, porque vão*

> *exigir 40 horas e vão diminuir o salário, vamos trabalhar na rede privada. Para a enfermagem e odontologia, vale a pena, por conta que não vai mudar nada no salário, mas, para a gente, diminue e diminue muito mesmo, não vale a pena. Concurso público no interior é complicado, pois não existe uma vantagem para o médico. [...] No interior afastado, onde nós médicos não queremos ir, longe da família, longe de tudo que estamos acostumados, acaba a gente recebendo um salário justo para aquilo. Mas nas outras grandes cidades, onde a lei da oferta e da procura já é diferente, não tem valorização nenhuma. Tira por Vitória da Conquista. O salário é ridículo para o tanto que a gente investiu, com tanto que a gente estudou e dos serviços que a gente presta.* (Grupo focal, trabalhadores II)

Apelo pela medicina curativa hospitalar fragiliza a adesão do médico à ESF...

> *Eu recebo muitos mais pra trabalhar duas noites na semana no plantão do que no PSF daqui. Eu e todos nós tivemos propostas, principalmente médico, que é inevitável por conta da demanda que é menor, para lugares onde se trabalha três dias e recebe mais que aqui. [...] É meio masoquista continuar aqui, pois o salário não é atrativo. Se fosse pelo salário, ninguém estaria aqui; se fosse pela cobrança, ninguém estaria aqui. Porque aqui ainda funciona bem porque é cobrado. Mas não existe estabilidade, não existe um emprego estável como em outra profissão. A gente é solto, os profissionais de saúde são soltos e ninguém sabe o dia de amanhã. [...] E outra coisa é a questão do valor: por mais que no PSF ainda se pague mais do que outro setor da saúde, mas ainda é pouco. Amigos que trabalham comigo na UTI saíram [do PSF] e alguns me falam assim, quando eu digo: 'Vou largar, vou sair do PSF. Está decidido'. Eles falam: 'É a melhor coisa que você vai fazer'.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Os argumentos dos profissionais desnudaram a outra face dos desafios no cotidiano da Saúde da Família para atração de médicos. Obviamente, há inúmeras controvérsias, notadamente na questão salarial e na cobrança por cumprimento dos turnos de trabalho, face às observações

e depoimentos contraditórios de outros médicos, que atestavam sobre um salário satisfatório frente à imposição da carga horária de trabalho – ficando como caso destoante o município de Vitória da Conquista – menor salário e exigência de cumprimento dos turnos de trabalho. Outra questão relevante é considerar o quanto determinadas "vantagens" são decisivas e capazes de produzir práticas mais engajadas, comprometidas e centradas no usuário. Os fragmentos à frente destacam a experiência de médicos acerca do melhor salário em pequenos municípios:

No interior, o salário é melhor...

> *[...] com certeza, a maioria dos médicos que vêm para o interior, com certeza, é por questão de o salário ser melhor. Não adianta a gente dizer que isso não é verdade, que isso é uma realidade na prática. Enfim, então, realmente acontecem propostas de outros municípios. [. . .] No caso do médico, a primeira coisa que a gente vê é a questão do salário, porque não adianta a gente falar que não vê, porque vê.* (Grupo focal, trabalhadores I)

Bons salários e carga horária reduzida...

> *A grande verdade, sem hipocrisia nenhuma, é que nós [médicos] temos um salário bom no interior, um salário que a gente não tem na cidade maior. E aqui, a gente consegue trabalhar uma carga horária menor. Eu trabalho três dias na semana e ainda trabalho com a especialidade no hospital. Então, o pacote que eles fizeram para mim é interessante, que eu tenho uma carga horária relativamente baixa, recebo um salário justo pelo serviço que eu presto. Então, para mim, ficou bom e interessante. [...] Todos os médicos têm o mesmo pacote, eu ainda recebo menos, porque trabalho em zona urbana. Particularmente, não gosto de zona rural.* (Grupo focal, trabalhadores II)

Em campo, as observações mostraram, também, outro cenário mais positivo, ou seja, o processo de trabalho mais alinhado com as atividades esperadas e recomendadas para a ESF. Inclusive, o desenvolvimento de visitas domiciliares e atividades educativas com a comunidade estiveram

mais condicionadas ao desejo ou engajamento particular de determinados profissionais e em municípios com uma gestão menos conivente com os interesses corporativos, mesmo em condições salarial e de infraestrutura menos favoráveis.

Nesse aspecto, apesar de muitos relatos atentarem contra a ESF, nas observações e entrevistas, captaram-se inúmeras situações que a revigoravam e desconstruíram a ideia de "jogo perdido", ao desvelar, inclusive, a participação de médicos em circunstâncias que fortaleciam a clínica e os atributos da APS – como, por exemplo: clínica compartilhada com a enfermagem; reuniões de Conselho Local de Saúde para discussão de medidas sanitárias contra a dengue; participação em caminhada com os demais profissionais e pessoas da comunidade para sensibilização e limpeza do bairro; gerenciamento de EqSF; visitas domiciliares semanais; elaboração e execução de atividades educativas com grupos prioritários na comunidade; rodas de terapia; ação de educação permanente para os membros da EqSF, buscando resolver problemas da organização dos serviços e melhorar o acolhimento; trabalho colaborativo com a equipe; preceptoria de estudantes de graduação; busca por resolver problemas de usuário em situações desfavoráveis; reuniões com ACS; entre outras. De forma ilustrativa, destacam-se o trabalho colaborativo e o desenvolvimento de uma clínica atenta e ampliada, relatados em grupos focais com trabalhadores e atividades extramuro desenvolvidas pela EqSF, referidas por um gestor municipal:

Clínica compartilhada...

> *A gente faz até interconsulta, a gente atende junto [médico e enfermeiro]. Ele [médico] sabe de alguns programas, já encaminha para mim; se for o caso, me chama na sala. Assim como tem paciente que só passa quando eu estou na sala junto com o doutor, pois a gente dialoga. Inclusive, não só comigo e ele, mas, às vezes, com toda a equipe. A gente discute casos na equipe para ver a opinião de cada um, o que acha que pode ser encaminhado daquele paciente e tudo. A gente tem uma boa experiência. Então, tem esse diálogo entre nós dois. Olhamos as demandas, esclarecemos*

dúvidas, enfim, é muito produtivo. (Grupo focal, trabalhadores III)

Clínica da escuta, roda de terapia e clínica ampliada: "quando a boca cala, o corpo fala e quando a boca fala, o corpo sara"...

> *[...] se você olhar, a grande maioria dos problemas são fáceis de resolver, são coisas pequenas. Tem gente que vai à unidade para ser escutado. Chega lá: 'Doutora, estou com uma dor de cabeça que não passa'. Eu olho para cara e digo assim: 'E o que aconteceu na sua família que você está com essa dor de cabeça?'. Neguinho desaba lá, chora e pronto. E diz as mazelas todas que aconteceram, e você diz: 'A sua dor de cabeça é por isso'. É por isso que eu [médico] faço roda de terapia, porque na roda a gente faz assim: 'quando a boca cala, o corpo fala e quando a boca fala, o corpo sara'. E isso, na roda, você vê perfeitamente. Se atendo 20, peço a 10 para irem à roda de terapia. Não vão! Mas o que as pessoas precisam é ser ouvidas, na grande maioria das vezes. Tem gente que chega lá, está com o coração doendo: 'Mas o que aconteceu que você está com o coração doendo? Você não é hipertensa, não tem os requisitos para estar com o coração doendo'. Mas o coração está doendo porque ela sofreu por algum motivo, foi abandonada. Então essas coisas acontecem, não é? [...] Tem horas que me sinto frustrada, eu digo: 'Meu Deus, o que estou fazendo aqui, o que eu estou fazendo aqui com tanta gente se dizendo doente e que você vai procurar e realmente a doença não está no corpo, a doença está no sofrimento, está no sentimento, está em tanta coisa, não é? Tantas coisas que acontecem com aquela família ali'*. (Grupo focal, trabalhadores IV)

Atividades extramuro...

> *O município aderiu ao Programa Saúde na Escola e minha equipe, com médico, enfermeiro e dentista, atua dentro da escola à noite. E não é horário de trabalho deles, mas eles vão. Eles fazem o atendimento deles de dia, nas unidades deles. Como o colégio tem um número muito grande de alunos à noite, eles vão para a escola à noite, no dia do planejamento dos professores, sempre uma vez por mês, eles pegam um dia desses à noite para reunir com os professores*

> *para tentar conscientizar os professores de como é importante atuar dentro da escola.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Outro contraste na condução da ESF foi o papel de outros profissionais, notadamente o enfermeiro. Ainda que o modelo de atenção à saúde fosse, predominantemente, médico-centrado, influenciando, até mesmo as práticas dos demais profissionais, as demandas dos usuários e o discurso dos gestores, o processo de trabalho da enfermagem sustentava, na maioria das vezes, a coerência da ESF e permitia a sua continuidade. As razões, também, são diversas, situando-se na larga oferta de profissionais no mercado, favorecendo a fixação e a aceitação de condições de trabalho mesmo não tão atrativas, processo formativo mais ligado ao cuidado, às atividades educativas de grupos e processos gerenciais, respondendo melhor as ações a serem desenvolvidas em USF. Alguns excertos reforçam essa constatação:

Omissão médica e ampliação das ações assistenciais da enfermagem...

> *Por exemplo, você tem que fazer uma visita domiciliar, tem que fazer um preventivo, geralmente médico não gosta, também é um ato médico, mas quem termina fazendo é o enfermeiro.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Trabalho médico distante das ações não assistenciais...

> *[...] nas nossas capacitações, nós [20ª Dires] sempre chamamos os profissionais, e é difícil o profissional médico estar presente. É muito difícil. A gente conta com vários outros profissionais: dentista, enfermeiro, tudo. Para ter uma ideia, na capacitação pedagógica que fizemos com todos os municípios da região – e chamamos não só o coordenador, mas também profissionais da ponta, da equipe –, só um médico veio, de todos os municípios.* (Entrevistado 12, gestor regional)

Enfermagem como "carro-chefe" da ESF...

> *[...] a enfermagem segue a rotina básica da ESF, tem o hiperdia, tem a pediatria. A gente [médicos] não; no meu caso, trabalho com uma carga horária menor, não tenho como fazer essa rotina que eles seguem. E acaba que eles criam um vínculo muito maior com a população do que a gente, porque a comunidade está acostumada: pediatria procura a enfermagem; puericultura procura a enfermagem tal dia; o médico não, eles procuram mais no caso de emergência. Acho, assim, que por mais que você tenha uma boa relação, é sempre muito maior com a enfermagem. A enfermeira é o grande carro-chefe.* (Grupo focal, trabalhadores II)

Ausência do médico e protagonismo do enfermeiro: "enfermeiro dá sustentação ao PSF"...

> *[...] quando você vê médico três dias no PSF, médico trabalhando três turnos na semana, não tem como dar resolutividade. Por mais que não queira centralizar a atenção somente na figura do médico, mas não tem como você romper, pois ele é o profissional principal dentro da estratégia. Ainda que o enfermeiro esteja dando conta daquilo que é o seu papel e, muitas vezes, do papel também do profissional médico. Não estou dizendo que o enfermeiro está fazendo procedimento médico. Mas há atividades que são atribuídas ao médico que ele nunca fez, quem faz é o próprio enfermeiro. [...] até porque é o profissional que fica mais tempo na USF e, também, que fica mais tempo na carga horária. [...] é praticamente impossível querer uma Atenção Básica resolutiva na situação que se encontra. [...] o papel do enfermeiro na região dentro da ESF é o de dar sustentação realmente à estratégia. Quem, na realidade, acaba dando sustentação ao PSF é o enfermeiro. [...] Lógico que existem profissionais médicos comprometidos, que valorizam a estratégia, mas não é o que prevalece. [...] você vê o enfermeiro segurando a ESF na realidade.* (Entrevistado 13, gestor regional)

Aliado a isso, nas USF, os enfermeiros assumiam, na grande maioria das vezes, a função de "gerente" da unidade de saúde, mesmo quando essa função não era formalmente delegada ou não existia uma compensação financeira para tal ação. Por conta disso, esses profissionais acumulavam funções assistenciais e administrativas, gerando sobrecarga de

trabalho, o que reverberava num discurso sempre "queixoso" acerca do pouco reconhecimento da gestão municipal, sobretudo financeira, em detrimento de certas "regalias" de profissionais, especialmente, médicos. A despeito disso, o profissional de enfermagem era o mais requisitado pelo gestor municipal para responder, além das questões programadas na "semana típica" de trabalho, a maioria dos assuntos que fugiam à rotina da equipe ou, ainda, as demandas – geralmente burocráticas – solicitadas "de última hora" por outros órgãos da administração municipal.

Por último, em relação ao processo de trabalho da enfermagem, os discursos e registros de observações apreenderam, também, os esforços desse profissional em tentar harmonizar as relações entre os membros da equipe e a comunidade, bem como as diferentes táticas para organização do acolhimento dos usuários, mesmo em cenários adversos. As falas adiante reportam alguns dessas passagens:

Sobrecarga de trabalho da enfermagem...

> *Porque o enfermeiro, ele fica sobrecarregado no PSF, porque ele tem que abraçar quase tudo, não é? Tem a assistência dele e, de certa forma, tem que olhar as outras coisas também. E claro que outro profissional [além da EqSF] ajuda bastante, mas o nosso município não tem.* (Grupo focal, trabalhadores I)

Atividades assistenciais da enfermagem compartilhadas...

> *[...] o médico e a enfermeira fazem o pré-natal, vão intercalando, e o preventivo por uma resistência [da comunidade]. No caso do médico ser homem, tem resistência da comunidade a procurá-lo; então, acaba ficando só com a enfermeira [. . .] Como profissional [dentista], a gente sabe da importância do enfermeiro. Eu acho que o enfermeiro devia ser tão bem remunerado quanto o médico, entendeu? Por conta desse compromisso. Porque o enfermeiro, também, não tem, às vezes, outro lugar de trabalho, só tem mesmo em saúde pública.* (Grupo focal, trabalhadores II)

Organização das atividades nas USF é enfermeiro-dependente...

> *É só com os médicos [flexibilidade na carga horária], porque os outros têm que fazer 40 horas. Às vezes, eu falo que atrapalha; é porque é um carro só para essa equipe [zona rural]. Então, tem médico que dá plantão no hospital, aí atrasa um pouquinho, porque tem que esperar o outro plantonista chegar. Então, o trabalho do enfermeiro é prejudicado, porque ele tem que esperar [o médico]. E você sabe que o trabalho do enfermeiro, dentro de uma equipe, depende dele estar lá desde o início para fazer triagem e para organização.* (Entrevistado 4, gestor municipal)

A clínica individual realizada na ESF, na perspectiva de uma APS forte e resolutiva, pressupõe um olhar atento e a capacidade de ouvir as demandas de cada cidadão no momento do encontro profissional-usuário. (CAMPOS, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) Aliás, é nesse aspecto que se distingue de ambulatórios tradicionais centrados no procedimento, ao invés de na pessoa, e na queixa-conduta, ao invés de no cuidado, sem estabelecimento de vínculo e descontinuado. Para tanto, há necessidade de profissionais que conheçam os usuários e vice-versa, por meio de confiança mútua construída ao longo do tempo, com processos terapêuticos compartilhados com o usuário e outros membros da equipe, quando necessário e para além do adoecimento. Tal expectativa esbarrava-se, nas EqSF da região, com a problemática que foi delineada – rotatividade de profissionais, USF sem médicos, grande número de famílias por equipe etc. –, ou seja, comprometia a conformação da longitudinalidade, da continuidade, do vínculo e da centralidade na família. Além disso, as ações orientadas para intervenção coletiva, planejamento e avaliação resumiam-se à retórica, uma vez que requeriam trabalho em equipe.

Não obstante, a sobrevivência da ESF frente a todas essas intempéries acenava por uma permanente defesa dos atributos que lhes dão robustez. Nesse aspecto, destacam-se a luta de alguns sujeitos que sustentavam o discurso em defesa da APS mesmo num cenário adverso e as ações cotidianas de profissionais nas EqSF que forjavam práticas criativas

e centradas nos usuários, mesmo no limite das possibilidades de infraestrutura e de tempo.

USF de portas abertas para acolher...

> *[...] Não está agendado, mas como a gente não vai atender um paciente desse? Então, tentamos fazer o acolhimento, ver qual que é a realidade do paciente para ter chegado naquele serviço. [...] Porque um dia o PSF pode estar cheio, às vezes, vai uma pessoa que é lá da região mesmo, o PSF está lotado. Então, a gente vai orientar, conversar com o paciente e vai agendar para vir no outro dia. Os PSF que são daqui do município [da sede], tem como trabalhar com consulta agendada. Os PSF da zona rural já têm essa dificuldade pela questão do transporte e outras coisas mais. Então, na zona rural, sempre tem uma demanda que é espontânea.* (Grupo focal, trabalhadores I)

Compromisso com a produção do cuidado...

> *A gente cria vínculo, sim, a gente se responsabiliza por aquele paciente. A gente, às vezes, não tem como absorver, no caso da especialidade, muitas vezes, não tem como a gente fazer o encaminhamento, mas a gente busca as alternativas. Eu sei que a gente tá sempre trabalhando realmente para que se resolva aquele problema. Se a gente não conseguir, não é por falta de tentar. Porque a gente tenta muito.* (Grupo focal, trabalhadores II)

Acolhimento e escuta qualificada das necessidades dos usuários...

> *[...] no dia que o médico não vai, a gente faz o esquema de encaminhar para os colegas, faz os contatos para tentar incluir [em outra USF]. Faz contatos para resolver. Porque a gente procura sempre, lá na unidade, dar uma resposta para o paciente. Mesmo no dia que não tem médico, não deixo o paciente solto. Pergunto: 'o que você está sentindo, o que é?'. Pois a gente, às vezes, tem vaga sobrando: 'O médico está aqui amanhã, você pode vir aqui amanhã de manhã?'. E se for algo que tem que ser atendido no dia, procuramos encaminhar.* (Grupo focal, trabalhadores III)

Medicina é salvar vidas, mas é, também, ouvir o usuário...

> *[...] uma avó jogou a menina nos meus braços. Fazia um mês que a gente tinha tido o treinamento de reanimação, olhei a criança não estava respirando. 'Vocês teriam coragem de meter a boca?'. Pois eu tive! Eu tinha Ambu, tinha tudo, mas, na hora, a minha vontade era meter a boca, meti a boca e liguei correndo para o resgate [...]. Moral da história, a menina tinha tido um broncoespasmo severo, a gente conseguiu reverter nessa manipulação, o Samu chegou, já liguei passando as orientações: 'Desce com o tubo tal'. A unidade parou, era um espetáculo. Na cabeça deles, só isso que é medicina, não é? Eles não entendem que medicina está lá na pontinha, no iniciozinho. [...] dias depois, essa criança foi na unidade andando e pulando, nem reconheci na hora: 'Oh tia, vim te agradecer'. Então, um caso que você resolve já é muito importante. Ela foi um caso muito grave, mas podia ter sido um caso simples, como, às vezes, ouvir o paciente.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Os momentos descritos evidenciam a força e a importância da ESF, sobretudo chamando a atenção acerca da necessidade de motivação das EqSF e do permanente processo de educação no trabalho como um dos eixos para consolidar ações mais atentas e resolutivas. Contudo, é preocupante que os casos exitosos diluíam-se no emaranhado de problemas e tornavam-se exóticos ou invisíveis, frustrando, muitas vezes, seus protagonistas que não logravam o destaque merecido e poderiam sucumbir ao *status quo*.

O DESAFIO DE COORDENAR O CUIDADO EM TERRITÓRIOS COM MÚLTIPLAS PORTAS DE ENTRADA, INTEGRAÇÃO COMUNICACIONAL INCIPIENTE ENTRE OS NÍVEIS ASSISTENCIAIS E INSUFICIÊNCIA NA OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Entre os problemas recorrentes, destaca-se a capacidade dos profissionais da ESF em gerir o tratamento do usuário quando este necessita de cuidados em outros pontos da rede de serviços de saúde, bem como a

eleição da USF como lócus obrigatório de busca anterior aos cuidados especializados, com exceção aos casos de urgência e emergência sem suporte na ESF. Esse, sem dúvidas, parece ser o desafio mais complexo entre os atributos para a APS, visto que a coordenação depende de uma rede de serviços de saúde integrada regionalmente, com variados fluxos comunicacionais interligados (BOERMA, 2006); portanto, demanda a articulação dos três níveis da gestão do cuidado. (CECÍLIO, 2009)

Nos municípios da região de saúde, o fluxo para que o usuário conseguisse realizar consultas, exames e procedimentos em serviços de média e alta densidade tecnológica era, sobretudo, por meio das EqSF, uma vez que a maioria das cidades estavam formalmente cobertas por ESF e, na maior parte delas, essa era a principal porta de entrada disponível nos territórios para os usuários do SUS. Todavia, algumas peculiaridades ainda limitavam a posição da EqSF como porta preferencial a outros pontos da rede pública de assistência à saúde e sua capacidade em "filtrar" as demandas, assumindo o mecanismo *gatekeeping* como coordenador à atenção especializada. Porquanto, a EqSF convivia com a insuficiência de profissionais que resolvessem a maioria dos problemas no âmbito da APS e partilhassem o cuidado com serviços de outros níveis de atenção, apenas dos casos realmente necessários.

A primeira nuance é que a ESF não era a única porta de entrada na APS, pois muitos municípios ainda possuíam UBS e centros de saúde, concomitante às USF, funcionando com consultas ambulatoriais ou pronto-atendimentos, sendo essas unidades responsáveis pela cobertura da maior parte da população sem adscrição às USF. Nesse sentido, tratava-se de uma entrada via APS e, também, de uma possibilidade minimamente racional de encaminhamento para acesso à atenção especializada quando necessário, enquanto a ESF não conseguia avançar e atingir uma cobertura mais alargada. Todavia – e essa era a grande distinção –, as UBS tradicionais, grosso modo, concentravam grande demanda; por conseguinte, tinham vinculação precária e o processo de trabalho clínico não lograva relação de longitudinalidade. Essas características não

permitiam o desenvolvimento de mecanismo *gatekeeping* como coordenador do cuidado, posto que, "filtrar às demandas e coordená-las" requer condução clínica atenta às necessidades das pessoas, informações pregressas acerca da histórica clínica dos usuários, responsabilidade terapêutica por um grupo de sujeitos que acessam o serviço regularmente e relação de confiança mútua. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Por essa lógica, também entende-se que muitas EqSF, com todos os problemas que foram elencados nos tópicos anteriores, não assumiam e não tinham condição de assegurar o papel de *gatekeeper*, até porque pouco distinguiam-se das unidades de saúde tradicionais. Nesse sentido, legitimavam a necessidade de outras portas de entrada. Alguns relatos retratam esse contexto nas EqSF:

Clínica degradada e médico produtor de demandas...

> *[...] o município contrata um médico para ir uma vez por semana atender [na USF]. O médico, pela própria relação médico-paciente, essa coisa de agradar, ele não está nem aí. O que o paciente quiser, ele dá; para os parentes, para os amigos, ele sai dando [solicitações de exames]. [...] porque é mais fácil pedir todos os exames e dizer assim: 'Eu estou me cobrindo...' do que colher uma história que demanda mais tempo pra conversar, explicar que não precisa de ressonância para aquilo ali. É essa coisa é trabalho; então, ele não quer muito conversar não. É a coisa mesmo do pedir e, também, ele está com pressa, ele tem outro emprego.* (Entrevistado 9, gestor municipal)

> *[...] continuamos, de certa forma, com déficit, porque eu esperava um médico 40 horas e que ficasse os dois turnos e, no momento, é só até o meio-dia, meio turno. Ele tem pouco tempo para atender sua clientela e não tem tempo para ouvir. Então, o que ele faz? É dor de cabeça? Tomografia. É dor no estômago? Endoscopia, ou consulta com o gastro, mas não tem tempo de ouvir como é que está a parte odontológica daquele paciente, quais são os problemas que está tendo em casa, que pode gerar aquilo, não é? Ele não tem tempo, pois ele tem que sair para outros empregos.* (Grupo focal, trabalhadores III)

Clínica sem cuidado oportuno e coordenado...

> *[...] acontece que você foi ao posto e não foi atendido, aí tem que ir ao hospital. Você chega ao hospital: 'Porque não foi pro posto?', 'Ah, eu fui para o posto, mas não fui atendido', 'Mas você tem que voltar'. Como você vai voltar para o posto se não tem médico para lhe atender? Fica nesse vai e vem, é quando acontece a fila. Amanhã, você continua com o problema, a criança com febre, volta no outro dia, não tem novamente, aí fica dois a três dias a criança tendo febre. Quando o médico consegue te atender e a criança: 'Porque não veio antes?', 'Eu vim antes!'. Fica difícil. É uma grande queixa que acontece. Porque fica nesse leva e traz. Isso é uma realidade, sabe? Fica assim, o posto, às vezes, não atende, aí vamos para o hospital [...], mas quando as coisas acontecem: 'Ah, mas porque aconteceu?'. Porque existe essa dificuldade no posto. O total de vagas para o médico é pequeno e a demanda é grande para ser atendida.* (Grupo focal, usuários III)

De certa forma, faz-se algumas distinções pertinentes, pois, de maneira geral, o acesso aos serviços de média e alta densidade tecnológicas na região de saúde não é livre, posto que há algum tipo de intermediação formal ou informal entre os níveis. Nesse sentido, distinguem-se, na região, três tipologias para o mecanismo *gatekeeping* nos serviços de APS: 1) *gatekeeping* como regulador burocrático; 2) *gatekeeping* sem regulação assistencial; 3) *gatekeeping* como coordenador do cuidado. O primeiro, por ser burocrático, não distingue a essência dos serviços, apenas busca garantir a racionalidade dos encaminhamentos clínicos, tendo no fundo uma visão mais gerencial e econômica que uma centralização no cuidado, ainda que, no final, esse possa ser o resultado. O segundo não segue diretrizes clínicas, desempenha a função de filtro mediado por interesse/ conveniência do profissional, pressão do usuário ou interferência política, não essencialmente, conforme a necessidade clínica do usuário e sem avaliação de cotas – regulação – ou prioridades terapêuticas. Por fim, a terceira opção teria a incumbência de olhar atentamente cada usuário, buscar as alternativas terapêuticas mais adequadas e organizar o fluxo

entre a EqSF e outros profissionais dos diferentes pontos da rede conforme a necessidade das pessoas, mantendo-se informado sobre o itinerário e a terapêutica dos usuários sob cuidado externo à ESF, o que, no final, pode gerar, também, economia nos gastos em saúde.

Na rede regional de serviços, encontrava-se uma obrigatoriedade de acesso regulado via APS no discurso político e nos documentos institucionais, mas com inúmeras brechas que descaracterizavam e comprometiam os fluxos organizacionais. Nesse aspecto, profissionais de hospitais, ambulatórios de especialidades, centrais de marcação de consultas, secretarias municipais de saúde e serviços privados eram acessados pelos usuários e geravam solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos da rede assistencial na região de saúde, sobrepondo-se aos profissionais da APS e debilitando a posição de filtro da ESF.

Fluxos alternativos à ESF...

> *As pessoas buscam a própria secretaria ou para marcar ou para agilizar a sua consulta. Às vezes, eles procuram [na USF] o atendimento e não tem, aí vêm à Central ou à SMS. Mas a SMS também faz, acolhe o paciente da mesma forma, tem esse cuidado e a todos os funcionários orientam isso. O paciente chegou, mesmo que não seja lá, tem que ser acolhido e tem que ser tomada a providência para onde é que esse paciente vai ser atendido. Então, eles sentem uma segurança em buscar a SMS porque sabem que de lá não vão sair sem atendimento*. (Entrevistado 6, gestor municipal)

Acesso direto à rede especializada...

> *Temos aqui [centro de especialidades] demanda espontânea. Não posso dizer que é por ineficiência da Atenção Básica, mas por questões operacionais, inclusive por falta de recursos humanos, principalmente, de médico e de enfermagem, alguns pacientes não conseguem ter acesso à rede básica e acabam procurando, por isso, a atenção secundária. Então, nós temos aqui outra porta de entrada, pois fazemos uma triagem de alguns casos graves e acabamos atendendo esse paciente. [...] Os profissionais da atenção especializada dão a solicitação para o paciente, pedem que o*

> *paciente faça os exames, retorne para ele mesmo, mas não dão o retorno, por exemplo, por escrito para os médicos de Atenção Básica [...].* (Entrevistado 8, gestor municipal)

A intenção de demarcar as diferenças para acessar os serviços de média e alta densidade tecnológica na região de saúde deveu-se à noção de que o atributo da coordenação dos cuidados não é alcançado por qualquer profissional que possa solicitar ou encaminhar o usuário para outros serviços, mesmo quando a APS é uma porta de entrada obrigatória, mas é uma característica traçadora de uma ESF forte. Ou seja, quando delega aos profissionais da EqSF não apenas o poder de barrar a livre escolha do usuário, mas atribui, essencialmente, a função de gestor terapêutico no fluxo assistencial para produção do cuidado.

Nessa órbita, o maior desafio estabelecia-se após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços de média e alta densidade tecnológica, por conta do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como na capacidade dos profissionais da ESF de acompanhar o percurso do usuário que conseguia iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Nesse sentido, impunham-se desafios aos gestores e profissionais das EqSF para garantirem a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

Nessa história, os mais prejudicados eram os usuários que procuravam a porta mais acessível para expor sua demanda, muitas vezes, em momentos de grande fragilidade, ficando vulneráveis e, portanto, propensos a serem manipulados, revertendo um direito num suposto favor. Essa evidência ficou explícita em falas de gestores, profissionais e usuários:

Clientelismo político sobrepondo a necessidade...

> *A primeira dama pega e quer olhar [a lista de espera –, se das dez pacientes que têm pedido de ultrassom de mama, se são do grupo*

que apoiou o esposo dela, marca; se não: 'Segura mais um pouquinho e deixa para depois'. Não leva em conta a prioridade/necessidade. Tem lá quatro ultrassonografias, eu tenho três vagas para esse mês, as quatro são avaliação, avaliação, avaliação. Aí: 'das quatro, qual é que votou para mim?', 'Fulano e beltrano' – elas sempre conhecem, uma cidade pequenininha todo mundo sabe quem é que votou. Aí: 'Vai essa e vai essa'. Quando a paciente tem um motivo lá: 'O médico solicitou o ultrassom da mama porque teve o achado de um nódulo...', aí essa vai, contra ou a favor, essa vai. (Entrevistado 3, gestor municipal)

Direito convertido em favor político...

Eu tive um paciente, uma criança com otite de repetição – encaminhei para o otorrino. Tinha vaga para daqui a 2 anos e meio, que é uma vaga mês, mas tem 49 ou 50 pessoas na frente; então, acaba que o paciente não vai levar 2 anos e meio para resolver uma otite. Aí vai num profissional particular. E se o usuário não tiver condições de arcar com os custos, recorre à política. Vai atrás de vereador, prefeito, através de fulano e sicrano [. . .], o que é bem comum, porque pouquíssimos têm condições financeiras de sair daqui. (Grupo focal, trabalhadores II)

Apadrinhamento e seleção "monetária"...

Eu costumo conversar com os pacientes e, quando o paciente necessita de um exame, eu sou bem honesto em dizer para ele fazer particular. E a maioria deles tem aceitado essa proposta e tem realizado esse exame particular. A prefeitura leva, em média, para uma consulta com especialista, marcam em torno de dois a três meses. Quando o paciente necessita de um exame que a gente percebe que esse exame tem que ser feito com maior rapidez, aí a gente acaba optando por conversar com o paciente para fazer particular. Quem tem condições acaba fazendo, quem não tem acaba buscando alguma outra maneira ali e faz. E, infelizmente, tem aquela parcela que, mesmo assim, vai ter que aguardar. Mas, na maioria das vezes, acabam optando por fazer particular. Quando não podem pagar, buscam contato com algum político. Principalmente em cidades pequenas, eles buscam vereadores,

secretário de alguma coisa ou até o prefeito, e aí cada um busca um meio, ou algum amigo, ou algum parente. E esses que precisam fazer o exame com maior rapidez acabam conseguindo dessa forma, desde que você converse com eles que o dele é diferente: 'Olha, esse aqui eu não posso esperar pela via normal da prefeitura, eu preciso com maior rapidez. Eles conseguem'. (Grupo focal, trabalhadores III)

Manipulação política na oferta de vagas...

> *[...] tem uma pessoa na cidade que é vista por muitos pacientes como uma deusa. [...]. Diz ela que é porque tem muito conhecimento com os médicos. E as pessoas iludidas acabam buscando ela e deixando de buscar o lugar correto. E não só existe ela, existem outras pessoas também, mas que trabalham em cima da politicagem. Fulana trabalha para tal pessoa e vai pra aquela região ficar ali pegando exame. [...] a visão do povo é assim: se for para mão dela, vai andar mais rápido. Mas é a visão errada, pois não é a realidade, porque ali é uma manipulação [...].* (Grupo focal, usuários III)

Os trechos acima servem para apontar as fissuras no sistema de saúde e os ataques que minam a ESF e desrespeitam a cidadania da população. Apesar disso, entende-se que a aparente conveniência de profissionais e usuários não se dava estritamente pela percepção de "oportunismo", mas parecia tratar também de uma questão de "vida ou morte" para muitos usuários e de alguma condição de resolubilidade às intervenções clínicas para alguns profissionais frente às interdições nos itinerários regulados. Além disso, encontravam-se, na região, alguns exemplos que despontavam no microprocesso de trabalho das equipes e mostravam o esforço de gestores e profissionais pela coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos, mesmo em cenários e condições adversas.

Negociação entre gestores e médicos pela regulação assistencial...

> *[...] foi feita uma reunião, um trabalho de sensibilização mesmo, principalmente com os médicos, porque o médico, às vezes, para se livrar da cara do paciente, falava: 'Quer fazer o que, uma*

tomografia?'. 'Toma lá!'. Então, foi feito um trabalho com os médicos, pedindo 'Por favor, avaliem o paciente antes de pedir o exame e, fora isso, quando esse exame chega aqui à secretaria, ainda, faz uma triagem em cima desse exame'. A gente enfrenta alguma dificuldade, pois eles [médicos] não colocavam o motivo da solicitação. Então, a gente falou assim: 'vocês estão prejudicando o paciente, porque quando a gente vai triar e não tem lá o motivo da solicitação e esse paciente vai para o fim da fila'. Então, hoje em dia, eles já colocam o motivo da solicitação, a gente já consegue triar, ver quem é mais urgente, quem deve ser marcado primeiro, quem pode esperar ou não. Acho que essa questão do exame era mais para se ver livre do paciente. Às vezes, era impaciência de conversar com o paciente, de saber o que ele estava sentido; às vezes, não precisava de medicação nenhuma, era só uma conversa mesmo e faltava isso. Hoje em dia, a gente já está andando um pouco mais. (Entrevistado 2, gestor municipal)

Envolvimento das EqSF na reavaliação e priorização das necessidades...

[...] a gente recebia guia de solicitação com motivo 'A pedido'. Então, assim, tem paciente que chega à consulta com a lista: 'Doutor, eu quero fazer um check up, quero fazer isso, isso e isso'. E o médico, às vezes, até para não perder tempo para explicar ao paciente que não precisa, pois é muito mais fácil chegar, preencher e entregar [a solicitação] e o paciente sair satisfeito. [...] diante dessa problemática, surgiu necessidade de definir alguns critérios para encaminhamento de exames à central de marcação. [...] num primeiro momento, estão sendo realizados mutirões com a equipe, e os médicos estão reavaliando os exames que foram solicitados há mais de anos, triando os exames, os ACS, no momento da visita domiciliar, verificam se a pessoa fez o exame, se ainda tem necessidade, se mora na área e tal. Porque, às vezes, como não tinha critério definido, gerava um problema maior que, às vezes, agendava exame de uma pessoa que nem precisava fazer mais e perdia mais uma vaga. (Entrevistado 11, gestor municipal)

Os excertos destacados mostram os caminhos acordados entre os sujeitos na tentativa de, minimamente, garantir alguma regulação nos fluxos assistenciais, mas não pareciam alterar a gênese dos problemas e,

portanto, postergavam as soluções e transferiam as responsabilidades para outras instâncias, permanecendo os usuários à mercê das decisões "benevolentes" dos gestores e de profissionais a cada novo evento.

Para uma mínima priorização das demandas, as unidades de APS (USF e UBS) recebiam cotas referentes às consultas, exames e procedimentos de acordo com a oferta mensal disponibilizada pela central de marcação de consultas de cada município. As equipes, então, tinham que, dentre as inúmeras necessidades, apontar quais os usuários "eleitos", de acordo com a descrição clínica ou destaque de "urgência" atribuído pelo profissional. Por conta do número de solicitações não atendidas – por falta de vagas –, periodicamente, algumas equipes reclassificavam os usuários nas listas de espera, reavaliando a pertinência do pedido – usuário já resolveu por outras vias, o usuário não tem mais o problema que justificava o pedido, o usuário veio a óbito etc. – para tentar manter certa coerência nos encaminhamentos.

No fundo, essa seleção abria espaço para inúmeros conflitos éticos, colocando os profissionais numa situação de constrangimento e os usuários numa clara mitigação da cidadania. Por outro lado, buscava, num cenário de restrição de oferta, minimizar as iniquidades ou, pelo menos, priorizar os casos mais urgentes.

Acesso racionado pela oferta, não definido pela necessidade...

> *[...] a demanda de ultrassonografia é muito grande e o quantitativo de vagas oferecido é muito pouco. Tem que ficar selecionando. Na unidade que eu trabalho, é assim: exames com mais de seis meses, peço para fazer uma reavaliação médica para ver se realmente aquele paciente necessita fazer aquele exame. E conto muito com a ajuda dos ACS, geralmente numa reunião, pegamos os exames, vai passando entre os ACS, eles vão relatando caso a caso, pois, às vezes, a pessoa já marcou. [...], a gente vai fazendo a triagem daqueles exames mais necessários e descartando alguns que não tem tanta necessidade [...].* (Grupo focal, trabalhadores III)

Resseleção de usuários...

Nas unidades, pegamos os exames de um ano para trás, selecionamos e demos aos ACS: 'Vão às casas saber se fulano ainda está vivo, se fulano ainda está com a dor no joelho, se fulano ainda precisa da consulta do oftalmologista'. Aí eles foram e voltaram. 'Fulano quer, fulano não quer, esse mudou, esse já não mora mais'. Atualizou um pouco aqui. (Grupo focal, trabalhadores IV)

Outra questão que interferia na coordenação entre os níveis assentava-se nas ferramentas para fluxo informacional. Em relação à informatização das USF, além de ser parcial, quando existente, limitava-se à marcação de consultas segundo cotas pré-estabelecidas, ou seja, não se tratava de fluxo comunicacional entre profissionais para resolução ou acompanhamento de usuários em tratamento. Não havia prontuários eletrônicos em nenhum dos estabelecimentos de saúde na região de saúde, sendo que as solicitações/referências, muitas vezes, eram manuscritas, gerando inúmeras confusões – agendamento equivocado em determinadas especialidades –, além da ausência de contrarreferências e relatórios de alta hospitalar que permitissem aos profissionais das EqSF obter informações técnicas da terapêutica desenvolvida por outros profissionais. Para consecução de informação entre os níveis, o usuário era, na maioria das vezes, o principal interlocutor – quando lhes era permitido falar. Em muitas situações, também, o usuário ficava vinculado ao médico especialista, com retornos frequentes, ao invés de criar um vínculo colaborativo entre profissionais da atenção especializada e da ESF, impossibilitando que o médico da USF tivesse informações e desse seguimento ao tratamento, além de afunilar a oferta de vagas para novos casos que necessitavam de consultas especializadas.

Alguns relatos sintetizam essa dificuldade no processo de coordenação do cuidado:

Sobreutilização das especialidades...

[...] às vezes, o paciente vai ao cardiologista, ele faz a prescrição e tal, deveria retornar e ficar na Atenção Básica, mas permanece lá. Hoje, tem médico no Centro de Especialidades que não está

atendendo mais primeira consulta, só retorno. Então, é um problema, porque se dentro de um serviço que é para especialidades, ele só está com retorno, não está abrindo mais vaga para primeira consulta, está tendo algum problema aí. Ele está absorvendo uma demanda que realmente não é dele. (Entrevistado 7, gestor municipal)

Comunicação precária entre os níveis...

Em relação às consultas e outros procedimentos, não tem praticamente contrarreferência nenhuma. [...] a gente tem até certa dificuldade de linguagem com o paciente, porque vai ao especialista, volta com a receita, mas a gente não vê a opinião do especialista, não vê o que ele acha. A gente fica sabendo o que foi feito através do paciente mesmo. Muitas vezes, o paciente não sabe expressar o que foi feito. Aqui no município, nunca recebi uma contrarreferência das especialidades. E nos outros municípios que trabalhei, durante sete anos, recebi algumas vezes, de alguns colegas, mas foram muito poucas também. [...] É comum em todos os PSF, ninguém recebe contrarreferência. Não sei se é pela quantidade de pacientes que os especialistas têm, um volume grande para atender e acabam atendendo todo mundo rápido, não têm tempo para fazer a contrarreferência. Então, é uma dificuldade que vejo em todos os municípios, não é só aqui. (Grupo focal, trabalhadores I)

Adivinhar o que fazer e o que foi feito...

[...] na maioria das vezes, não sabe relatar o que foi feito [...]. Na verdade, o paciente recebe muitos papéis e, muitas vezes, não sabe nem ler e retorna à USF, [...] e a gente tem que adivinhar o que fazer, porque a contrarreferência não chega [. . .]. A única coisa que chega é a receita e solicitação de exame [...]. Não sabemos o que foi feito nesse paciente: 'O senhor passou no médico, fez o quê?'. 'Ah, ele me examinou, me deu um monte de papel e mandou eu vir aqui'. No caso da cirurgia, só sei quando vem retirar os pontos ou por visita do ACS [...]. Visitamos e acabamos sabendo, mas não tem relatório de alta. (Grupo focal, trabalhadores III)

Quebra de continuidade no cuidado...

Quem primeiro pediu para o meu menino [que tem síndrome de Down] ir ao endocrinologista foi doutor X, quando atendia aí [USF]. Quem está tratando dele agora é o endocrinologista, não voltei mais [à USF]. Quando precisei novamente voltar [na USF], já foi com essa médica que atendeu agora. Ela nem perguntou nada do endocrinologista quando o meu menino voltou com o mesmo problema; então, ela passou a mesma medicação que o médico X. Agora, ela não procura saber como é que está o endocrinologista. Nem ela perguntou, nem eu falei como é que está o endocrinologista, se meu menino está sendo acompanhado, nada! (Grupo focal, usuários IV)

Nada obstante, uma ressalva pode ser feita, pois, nos pequenos municípios, algumas vezes, o médico da ESF era também o prestador de serviços especializados ou também, atendia nos serviços de pronto-atendimento e hospitalares. Dessa forma, acabava recebendo muito usuários da própria equipe, além de estar em contato direto com outros especialistas, permitindo algum nível informal de comunicação. Por conta dos inúmeros entraves e na busca de alguma coordenação do cuidado, os profissionais lançavam mão, muitas vezes, da persuasão e amizade com colegas da rede para tentarem solucionar algumas questões que ficavam emperradas na burocracia dos fluxos assistenciais. Ainda que aparentasse uma ingerência, de maneira geral, tais atitudes partiam dos profissionais que estavam há mais tempo nos serviços, que conheciam as brechas e as pessoas estratégicas nos diferentes pontos da rede, que tinham forte vínculo com a comunidade e, portanto, não se omitiam diante das negativas burocráticas e preferiam tentar resolver por outras vias. Ou seja, contraditoriamente, eram ações desencadeadas por profissionais mais envolvidos com o processo terapêutico dos usuários.

Comunicação condicionada à amizade...

[...] a população é tão pequena e os médicos do centro de saúde acabam sendo os mesmos do PSF, então acaba que, às vezes, um liga para outro, quando o paciente é um caso mais grave: 'Olha, o paciente aconteceu isso. Eu mediquei e mandei lá para o PSF'. Faz

> *uma cartinha e manda para a gente. Agora consultas normais, consultas ambulatoriais, simples mesmo, não, o paciente, simplesmente, ele consultou no centro de saúde, depois vai e procura o PSF por conta própria.* (Grupo focal, trabalhadores I)

Empenho pessoal para garantia do acesso...

> *[...] esse telefone velho e feio aqui tem os contatos de todo mundo. [...] Porque, às vezes, eu resolvo aqui, na hora. Isso as pessoas acham que foi uma coisa do outro mundo, mas é que você pode resolver só com um telefonema. Alguns exames que estão emperrados, algumas coisas, você liga direto para a central de marcação, liga para a farmácia.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Além dos profissionais da ESF, as interferências no fluxo assistencial envolviam profissionais das centrais de marcação de consultas, das secretarias de saúde e dos centros de especialidades, que – fosse por pressão de políticos, profissionais e usuários ou por simples tentativa de interferir em situações clínicas que não podiam seguir a "neutralidade" gerencial – criavam novos circuitos de acesso. Isso, no final, afetava a lógica na distribuição de cotas e retroalimenta o contingenciamento da oferta aos que não gozavam dos mesmos privilégios, inclusive por trâmites judiciais. Um problema dessas intervenções paralelas aos fluxos talvez estivesse na competência técnica de quem realizava, posto que, ao invés de "boa vontade", havia necessidade de diretrizes clínicas e linhas do cuidado bem definidas que garantissem segurança na regulação assistencial.

Os registros da observação de campo de visitas a centrais de marcação de consultas e secretarias municipais de saúde mostraram o fluxo contínuo de usuários buscando atendimento em especialidades, mesmo sem a solicitação médica – Central de Marcação de Consultas (CMC) e SMS como portas de entrada para acessar outros níveis assistenciais –, tentativa de profissionais e usuários de antecipação de consultas via "técnico-marcador" ou coordenador da CMC – independente da lista de espera –, coordenadores e "técnicos-marcadores" de CMC "regulando" às

prioridades – nem sempre por critérios clínicos –, CMC com marcação direta, via guia de solicitação de consultas/exames, para as especialidades por ordem de chegada do usuário no balcão – sem cotas para USF, nem critério de prioridade para usuários –, usuários que se dirigiam à CMC com "bilhetes" de políticos locais para facilitação do fluxo etc. Esses casos descritos exemplificavam as alternativas, legítimas ou não, que os sujeitos encontravam para acessar os serviços de saúde. Havia, nessas escolhas, uma composição de favorecimentos que cindia a coordenação do cuidado por EqSF, mas, paradoxalmente, aparecia também como mecanismos de coordenação para os casos urgentes represados pela burocracia. Os discursos a seguir trazem alguns exemplos positivos de intervenções em distintos pontos da rede, para garantir atenção a casos prioritários, ao revelar uma condução profissional orientada mais pela necessidade clínica do usuário, ou seja, mais vinculada à ética profissional, do que às normas e regras que pautam a racionalidade organizacional:

Obtenção do acesso atrelada à insistência do coordenador da CMC...

> *[...] para o mastologista, não tinha mais vaga; só como eu lhe disse, tudo meu é pra ontem [faz hemodiálise]. E aí o meu médico [da clínica de hemodiálise] tinha pedido um relatório para fazer uma avaliação, pois eu estava tendo um nódulo e ele teria que saber o que era, porque, se eu fosse chamada para o transplante, eu perderia; se fosse algo mais grave, eu não poderia fazer o transplante. Aí, eu fiquei de 2 horas às 4 horas e meia na sala da coordenadora [CMC]. E ela mandando relatórios médicos: 'Negativo' [não autorizava]. [...] quando foi 18 horas, ela me ligou: 'eu consegui'. Não acontece isso com todo paciente. [...] a saúde não está pior porque a coordenadora está à frente.* (Grupo focal, usuários III)

Priorização das urgências na CMC...

> *[...] você tem essa cota para marcar por mês. Se aparecer alguma urgência que tenha que ser marcado fora da cota, essa pessoa vem e geralmente é o enfermeiro que vem e conversa [na CMC], vê a possibilidade e essa pessoa é passada à frente [...].* (Entrevistado 2, gestor municipal)

Acesso regulado pela persuasão da EqSF...

> *[...] quando o usuário precisa muito daquele exame e tem restrição de vagas, nesse caso, [...] a gente [equipe PSF] joga no sistema, mas também entra em contato com a coordenadora da CMC: 'Coordenadora, esse paciente está assim, ele tem necessidade de fazer esse exame'. Ou a gente encaminha esse paciente direto para o secretário de saúde para avaliar a situação e ver a possibilidade de liberar esses exames que são mais necessários para o paciente. Geralmente, aciono a minha coordenadora, a enfermeira, e digo o problema. Às vezes, chego a colocar urgência ou, às vezes, prioridade no pedido [...].* (Grupo focal, trabalhadores III)

A despeito disso, é importante não perder de vista que a oferta de vagas era pré-definida e limitada. Portanto, toda priorização ou privilégio, ainda que legítimo, resultava numa diminuição da cota a ser distribuída aos demais cidadãos – dilema da regulação. Assim, os discursos anteriores se destacam pela coerência em oportunizar o cuidado a quem realmente precisa, mas, paradoxalmente, geram iniquidades àqueles que não foram captados em tempo oportuno – justamente pela ausência de vaga –, àqueles que não tiveram "a sorte" de serem atendidos por um profissional mais proativo ou influente na rede, àqueles que têm suas consultas retardadas por não ser "prioridade" naquele momento e acabavam por comprometer o diagnóstico precoce, tornando-se, adiante, mais uma prioridade – desenvolvendo, assim, um "círculo vicioso".

Por fim, uma questão comum que afeta a coordenação reside na longitudinalidade do cuidado pelo mesmo profissional de saúde da ESF, sua competência clínica e suporte tecnológico para encaminhar a população adequadamente para outros pontos da rede, em diferentes fases da vida e em distintas situações de enfermidades crônicas e agudas. Nas EqSF da região, devido à rotatividade de profissionais médicos e contratação de profissionais sem experiência, com idade avançada, sem perfil ou sem formação para trabalhar na APS, havia um claro descompasso entre o que poderia ser resolvido nas USF e o que era encaminhado para outros

pontos da rede por reflexo dos problemas cotejados até aqui. A seguir, apresentam-se alguns relatos de usuários que suportam tais inferências:

Tudo de novo... ESF sem continuidade no cuidado...

> *[...] sou acompanhada de três em três meses, tenho que fazer novos exames, porque todos hipertensos têm que estar de três em três meses fazendo o acompanhamento. Agora, o drama, também é que é uma 'trocação' danada de médico: quando você já está acompanhando com um, com pouco, quando você chega, já é outro médico. Uns atende muito bem, agora outros já não atendem do mesmo jeito; então, a gente vai mesmo por causa do problema que já tem. Para mim, médico é como a costureira, se você acostumou com aquela costureira fazendo aquela roupa para você, se vem outra pessoa fazer, pode fazer do mesmo modelo, mas você já se sente, assim, meio desvestido. Então, é cômodo, o médico já está acompanhando a gente, já sabe o problema, a gente já está mais aberta com ele; quando pensa que não, aí você está com aquele resultado de exame e você vai levar, já vem outro médico. Aí, começa a te perguntar tudo de novo, volta à estaca zero [...].* (Grupo focal, usuários IV)

Sem escolha e sem cuidado...

> *O doutor é meio devagar, porque está bem idoso, tanto que ele não faz nem a receita, quem faz a receita é a menina que trabalha com ele, a técnica de enfermagem. Ela é que faz, que escreve tudo que ele manda. Tem hora que ele pega na mão, para poder ajudar, uma mão em cima da outra para poder ajudar, pois está muito idoso. Eu acho, assim, que, pela idade do doutor, não era mais para ele estar trabalhando nessa área no posto de saúde. Nós achamos que o doutor já tinha que ser afastado e colocar outro no lugar. [...] tem outros postos que continuam com os mesmos médicos de 1900 e antigamente. Estão cansados e saturados, estão ali só para cumprir o horário. Aí fazem aquelas coisas que eu te falei, que é chegar e nem olhar para a cara da paciente e 'toma' [a receita e a solicitação].* (Grupo focal, usuários III)

ABRANGÊNCIA E INTEGRALIDADE NA ESF: NOVOS SUJEITOS COMPARTILHANDO O CUIDADO, MAS COM RESTRIÇÃO NA OFERTA DE SERVIÇOS COMPROMETENDO A RESOLUBILIDADE DAS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS

Entre as atribuições das EqSF, ressaltam-se, como cruciais, a competência clínica dos profissionais e o uso adequado das tecnologias – relacionais e materiais – para atender a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença ao longo do tempo. Ou seja, correspondem a uma gama de processos de trabalho relacionados à promoção à saúde e à prevenção de agravos, práticas assistenciais, ações reabilitadoras, servindo, ainda, de anteparo às intercorrências. Tal perspectiva conforma-se na abrangência ou integralidade do cuidado, sendo, por sua vez, atributo essencial para conformação da centralidade da APS como serviço de primeiro contato e fonte regular de atenção na rede de serviços de saúde nos territórios.

Algumas experiências presentes na rede destacaram a participação de profissionais, ofertando suporte técnico-pedagógico às EqSF, como alternativa ao discurso médico-centrado e, também, como práticas exitosas na percepção de gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

Qualificação das práticas...

> *A gente teve um projeto de matriciamento em saúde mental que foi feito com a psicóloga e pela fisioterapeuta que tem especialidade em saúde mental. Elas fizeram esse matriciamento, dando apoio às USF. Foi feita, ainda, a avaliação nutricional pelo nutricionista. E foram feitas reuniões com as equipes a respeito da alimentação saudável, pois, às vezes, a gente fala de uma maneira muito superficial; às vezes, nem tem propriedade do que está falando. Então, foi feito esse trabalho com as equipes. A questão da fisioterapia, pois quando é referenciado o paciente acamado que não pode ir à USF, damos um jeito para o fisioterapeuta ir ajudar, ensinar a própria família ou a equipe quais são os exercícios que podem*

ser feitos para que o paciente não fique imóvel na cama. Então, assim, foram iniciativas isoladas, a gente não tem uma coisa formal como, por exemplo, o Nasf, mas acredito que, como iniciativas isoladas, consegue-se dar apoio bom às USF. (Entrevistado 2, gestor municipal)

Nasf: interconsultas e atividades em grupo...

[...] a diferença maior com Nasf foi o de fortalecer mais a questão da saúde preventiva. [...] a gente tem hoje um poder maior de trazer informação para a comunidade, coisas que, às vezes, a gente não conseguia sozinho. É grupo de gestante, grupo de hipertenso, grupo de adolescente, grupo de atividade física; então, a gente tem um poder maior de chegar nesses grupos. Porque, às vezes, na própria consulta, o tempo que se tem é um pouco reduzido, o próprio grupo que a gente mesmo faz na unidade, os estudos de caso, as interconsultas que a gente faz com eles [Nasf]. Além de ter a oferta de profissionais, de nutricionista, de fisioterapeuta, de psicólogo, assistente social; então, hoje, a gente tem tido uma resposta muito grande nesse sentido, muito boa mesmo. O enfoque realmente é esse, é educativo [...], e isso tem ajudado muito. (Grupo focal, trabalhadores II)

Distintas perspectivas terapêuticas...

[...] eu fui passar pela médica numa consulta e ela indicou para eu fazer atividade física [...]. Eu estava com dor no joelho e fui para ela dar um remédio, ela disse: 'Não fica tomando diclofenaco não, vem fazer atividade, porque eu tenho certeza que você tem capacidade de melhorar'. [...] foi, assim, maravilhoso. Daí para cá, nunca mais eu faltei um dia de aula. O grupo é grande, tem dia que tem 80 pessoas. Tem gente de 70 anos. [...] Eu participo de tudo. É muito bom. Mas o grupo não é só de idosos, é misturado. [...] É porque a gente acha que serviço de saúde é só o posto, não é? É muito bom, muito bom. Aqueles idosos que chegam com uma muletinha e eles falam: 'Ah, estou com uma dor aqui, uma dor aqui...'. E em um mês, dois meses em diante, já largam a muletinha e não tomam mais diclofenaco. Chega e faz o exercício, faz alongamento. Tudo certinho [...]. (Grupo focal, usuários III)

A inserção de novos sujeitos na prestação de cuidados pode ampliar a possibilidade terapêutica das EqSF, bem como torná-las mais resolutivas, posto que expande o cardápio de serviços e diminui o foco centrado na assistência médica. Nos territórios analisados, os profissionais dos Nasf tinham, aos poucos, ocupado essa função, produzindo atividades em saúde que logravam a qualificação das práticas clínicas e promocionais por meio de interconsultas e ações educativas em saúde, ampliando a capacidade de resolver problemas e a integração dialógica com os profissionais nas EqSF. Em contraposição, devido ao núcleo biomédico comum às diferentes profissões da saúde, apesar de algumas evidências animadoras, as práticas desses profissionais podiam, também, reproduzir intervenções procedimento-centradas, sem modificar, portanto, o eixo conservador da clínica, sendo, por isso, objeto de preocupação de gestores estaduais.

As evidências na região sinalizavam para a possibilidade de ampliação das possibilidades na produção do cuidado, visto que os gestores, profissionais das USF e usuários relataram satisfação com o apoio de outros profissionais à EqSF, bem como as ações desenvolvidas pelo Nasf tinham caráter mais educativo, com abrangência mais coletiva que assistencial. Nesse sentido, quando são percebidas as inúmeras atribuições requeridas às EqSF e todos os limites organizacionais da ESF na região de saúde, a inserção dos profissionais de apoio estava permitindo uma maior abrangência das ações ofertadas, fortalecendo o atributo da integralidade na APS. Não obstante, apesar dessa perspectiva otimista, só faz sentido equipes de apoio trabalhando colaborativamente com as EqSF completas; portanto, num cenário de equipes incompletas, sobrecarregadas de famílias e centradas em demandas individuais, as boas experiências, novamente, poderiam diluir-se e não reter potência suficiente para impactar na melhoria da saúde da população.

Salienta-se que, na região de saúde, a inserção de profissionais de apoio era uma experiência recente, com presença em poucos municípios

– apenas sete –[18] e em número insuficiente para as demandas das USF – dez Nasf na região de saúde. Além disso, o trabalho do Nasf, ainda que relevante, destacava-se por atenuar e compensar a extrema fragmentação na atenção médica nos serviços de saúde, sem necessariamente transformar os arranjos persistentes no modo tradicional de fazer/gerir os processos de trabalho em saúde, baseados na hierarquia profissional e na sobrevalorização das tecnologias mais adensadas. Ou seja, havia muito mais uma transferência de responsabilidades que o compartilhamento de projetos terapêuticos.

Ao retornar à questão do cardápio de ações das EqSF, uma atividade corriqueira presente nas recomendações oficiais é a visita do profissional de saúde às residências de usuários, por exemplo, com dificuldade de locomoção à USF ou em circunstâncias que requerem um aporte diferenciado de cuidado, precipuamente em condições de maior vulnerabilidade. (BRASIL, 2012a) Os relatos dos trabalhadores trouxeram dissonâncias que expuseram a fragilidade do cuidado domiciliar realizado por médicos e enfermeiros nos territórios de saúde: ausência de transporte para deslocar o profissional à residência do usuário, relutância do profissional em realizar visita/atenção domiciliar, profissional utilizando seu próprio automóvel para deslocamento ao domicílio do usuário sem pagamento de auxílio deslocamento/despesas com combustível, agenda e disponibilidade do médico incompatível com o aprazamento das visitas domiciliares.

No processo de trabalho em saúde, a visita domiciliar da EqSF é uma "[...] tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito do PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado [...]". (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p. 1104) Na teoria, a perspectiva é que o cuidado domiciliar, além de resolver o problema demandado pelo usuário, reforce o vínculo entre profissionais e famílias como um recurso terapêutico, bem como introduza elementos

18 Município e número de Nasf na região de saúde: Anagé (1), Maetinga (1), Piripá (1), Planalto (1), Poções (1), Tremedal (1) e Vitória da Conquista (4).

relacionais que qualifiquem o cuidado em saúde, ou seja, produza uma clínica voltada para as pessoas e menos prescritiva (CAMPOS, 2003), fortalecendo os atributos "centralidade na família" e "orientação para a comunidade".

Todavia, novamente, os discursos não apontaram para essa direção, posto que os profissionais, notadamente médicos, estavam imersos em inúmeras situações – carga horária reduzida, excesso de demanda na USF, falta de suporte tecnológico, despreparo clínico etc. – que atestavam contra essa prática. Ainda sobre as visitas domiciliares, contrariando a expectativa, Albuquerque e Bosi (2009) encontraram que usuários nem sempre desejam essa abordagem, bem como nem sempre a atenção na casa do usuário traduz-se numa prática atenciosa e diferenciada. Ou seja, alguns profissionais reproduzem no âmbito domiciliar o mesmo padrão da clínica prescritiva e desfocada do contexto familiar. Essa perspectiva sinaliza que a transformação no processo de trabalho clínico requer mais que mudança de endereço, nem tampouco reside na polaridade "ser ou não ser" profissional da ESF, posto que a APS "[...] tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços [continuado] e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber". (CAMPOS et al., 2008, p. 151)

Por outro lado, nos dados coletados, chamaram atenção as interdições ocasionadas pela indisponibilidade de transporte e a subordinação dessa atividade à "boa vontade" dos profissionais em utilizar recursos próprios – sem compensação financeira – ou a transferência de responsabilidade para os usuários. Em relação à atenção domiciliar, ficou patente o protagonismo assumido pelos enfermeiros e ACS, mesmo quando a necessidade era por cuidados de um profissional médico, ao providenciarem intermediação na secretaria de saúde ou ajuda na própria comunidade para assistência ao usuário.

De forma complementar, os grupos focais também trouxeram experiências vivenciadas por usuários e trabalhadores que ressaltavam os esforços de alguns profissionais – incluindo médicos – para concretização

do cuidado, mesmo diante das interdições, em especial com a abertura de agenda conforme a necessidade do usuário, viabilizando o cuidado oportuno. Todavia, são questões que ficavam diluídas no emaranhado de problemas no cotidiano do trabalho:

ACS intermediando a visita domiciliar...

> *Minha sogra mesmo não pode vir ao posto, o médico tem que ir em casa, porque ela tá de cama. A gente fala com a ACS e ela pede o médico pra ir lá. E não demora. Ela vem aqui fala com o médico e ele vai lá.* (Grupo focal, usuários I)

ACS identificando as demandas territoriais para visita domiciliar...

> *[a médica] já fez uma visita, porque é o ACS que identifica essas pessoas doentes. No caso, quem pode se deslocar vai até a unidade, mas, em caso de acamado, em caso extremo, ela [médica] já fez uma visita agora. Apesar de ser menos de 15 dias que ela está atendendo, já fez e eu acredito que ela vai fazer, não é?* (Grupo focal, usuários II)

Equipe superando os obstáculos para realizar visita domiciliar...

> *Quando a gente não consegue esse carro, eu [enfermeiro] faço a visita, observo tudo que o paciente tem, anoto no prontuário clínico, mostro para ele [médico] e ele vai ver o que pode fazer. [...] também tem pacientes que têm uma boa vontade, apesar da dificuldade, de vir ao posto. Tenho um [usuário] lá que tem as duas pernas amputadas, mas o cara que cuida dele vai de cadeira de rodas e chegam lá. Às vezes, eu [médico] o visito em casa, mas a maioria das vezes, ele vai à USF. [...]. Às quintas-feiras, a cada 15 dias, a manhã é toda para visita. Quem agenda são os ACS [...]. Já aconteceu d'eu [médico] ficar até mais de meio-dia fazendo visitas, mas geralmente são em torno de oito a dez visitas numa manhã. A prefeitura manda o carro e vou com os ACS, começamos pelos mais pertos. [...] Há casos que há necessidade de uma visita em outro dia, que não é o dia de visita e acontece da gente ir. Tem o dia de visita, mas a médica não se prende a isso; se tem uma necessidade, abre*

> *a agenda. [...] mês passado mesmo teve três visitas fora do agendamento.* (Grupo focal, trabalhadores III)

Outra vertente de práticas que indicou uma aproximação das EqSF com a comunidade e sugeriu uma postura diferenciada dos profissionais foi o envolvimento em atividades preventivas e promocionais com grupos de usuários, o desenvolvimento de atividades educativas em saúde no território, debates sobre a organização da USF e alguma articulação intersetorial, buscando a ampliação do cuidado em espaços comunitários. Os relatos abaixo ilustram alguns desses momentos em distintos municípios:

Mobilização comunitária e dos profissionais contra a dengue...

> *Uma coisa bacana mesmo que eu vi essa semana aqui foi a presença das duas médicas [da USF] nesse trabalho da dengue. Participando do mutirão. Eu achei muito bacana.* (Grupo focal, usuários IV)

Palestras sobre prevenção em saúde...

> *Sempre tem reuniões, ou pra fazer palestras sobre AIDS, já teve com jovens pra discutir problemas sobre AIDS, sobre prevenção de gravidez na adolescência, porque eu tenho uma filha de 14 anos e ela participou das reuniões, sempre tem reuniões.* (Grupo focal, usuários I)

Ações educativas desenvolvidas pelo Nasf...

> *Todo mês, nós nos reunimos aí na comunidade [com nutricionista do Nasf], onde ela passa para a gente algumas informações com relação à nossa alimentação. Então, já fui procurada ou, às vezes, pela ACS, ela esteve na minha casa, para participar de alguns encontros que teve com a dentista lá no centro comunitário. Teve também com a psicóloga [do Nasf] uma vez no ano passado [...]. O ano passado teve, eu não sei se vocês [demais usuários do grupo focal] participaram ano passado da questão de ginecologia, não é? Nós mulheres.* (Grupo focal, usuários IV)

Em contraposição, as entrevistas e os relatos de campo não foram férteis em informações sobre essas atividades, refletindo certo esmaecimento das práticas comunitárias nos territórios, mormente desenvolvidas pela equipe nuclear da saúde da família. Além disso, havia incipiência de políticas municipais e ausência de propostas regionais em apoio técnico e incentivo financeiro às ações de educação popular em saúde, nos discursos e em documentos institucionais. Em virtude disso, os relatos captados referem-se a atividades levadas a cabo, muitas vezes, por iniciativas isoladas de profissionais de saúde, com ações fragmentadas no território e, por isso, com poucas chances de continuidade, ou ainda restritas a demandas ocasionais – "dia do diabetes", "da AIDS", "da hipertensão" etc. Os registros de campo também contemplaram informações acerca de acordos para realização de algumas atividades educativas e preventivas – campanha de vacina, passeatas, mutirões, feiras de saúde, por exemplo – em troca de folgas programadas. Tais negociações, ainda que justas para os trabalhadores – posto que dizem respeito a atividades realizadas aos finais de semana ou feriados –, em certa medida, comprometiam o acesso, já escasso, dos usuários às ações assistenciais rotineiras.

De certo modo, o conjunto de argumentos apresentados até aqui antecipam as fragilidades e desafios para realização de ações dessa natureza. Por essa razão, além de ficarem em segundo plano nos discursos, os dados captaram, particularmente, algumas situações que tinham comprometido a ampliação e perenidade de ações para prevenção de agravos e promoção da saúde: descontinuidade das ações, improvisação ou falta de espaço adequado para realização de reuniões na comunidade, sobrecarga de trabalho assistencial, resistência de alguns profissionais, deficiência/ausência de material de suporte para atividades em grupo.

Demandas assistenciais ocupando toda a agenda médica e restringindo ações coletivas...

> *[...] para fazer isso [ação educativa], você [médico] precisa ter uma folga no atendimento para ter um atendimento melhor, um tempo adequado para cada paciente, precisa ter momentos na sua agenda para atender grupos, fazer educação em grupos, educação de adolescentes, gestantes, hipertensos, idosos, grupos específicos. Você precisa ter tempo para planejar atividade na comunidade, feiras, e por aí vai. [. . .] o PSF da teoria não conseguiu ser traduzido na prática. Isso varia de cidade em cidade, de região em região, mas realmente o PSF da prática apanha muito para o PSF da teoria.* (Entrevistado 10, gestor municipal)

Resistência dos profissionais em realizar ações educativas...

> *[...] a gente sempre discute com os profissionais a necessidade de se definir, na semana típica deles, turnos específicos para desenvolver atividades com a comunidade, atividades educativas, e que fossem definidas para todas as categorias de profissionais. [. . .] a proposta é essa. Algumas equipes, a gente tem a participação nos grupos educativos, desde o ACS ao médico e tal; tem outras equipes que você vê que o médico pouco participa. Tem algumas equipes que, às vezes, o médico tem resistência em participar da própria reunião de equipe da unidade. Mas, na grande maioria, em relação aos profissionais de nível superior, quem a gente tem mais problemas em participar é o profissional médico. É claro que, nas outras categorias, também temos. Não estou aqui para crucificar os médicos.* (Entrevistado 11, gestor municipal)

Falta/descontinuidade de suporte para atividades educativas: dificuldades mesmo quando se deseja fazer...

> *Imagina um médico especializado em PSF que chegue para trabalhar aqui, mesmo que ele saiba tudo de PSF, saiba como funciona e como fazer os grupos, aí ele chega na comunidade onde tem uma sobrecarga de família, falta de estrutura em outras questões, não é? Até para funcionar, por exemplo, eu [médico] não tenho onde fazer um grupo. Você faz às migalhas. [...] às vezes, temos uma capacitação; vou citar [médico] o exemplo da capacitação em tratamento da dependência do tabaco, que a nossa equipe fez para trabalhar na unidade e desafogar o [Centro de*

> *Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas] Caps-AD. [...] montamos dois grupos e recebemos a medicação. A partir do segundo grupo, começou o pinga-pinga da medicação. [...] a gente ficou com lista de espera dos grupos, as pessoas querendo, pois você sensibiliza a comunidade e para. Quer dizer, passa um ano, passa dois e acaba a credibilidade. Acaba o programa, simplesmente se acaba, sem você saber o porquê, sem nenhuma explicação ou justificativa, aí você fica assim: 'Meu Deus, eu perdi um tempo, fui para essa capacitação...'. Eu gostaria de fazer, de continuar. Vê uma pessoa que tinha 40 anos fumando e ela dizer: 'Olha, eu consegui. . .'. Está conseguindo até agora, pois retorna lá e continua sem fumar. Então, são coisas desse nível que, às vezes, desestruturam a gente. A descontinuidade, não é? [todos concordam].* (Grupo focal, trabalhadores IV)

As razões para realização ou não de atividades educativas variaram conforme problemas organizativos apontados até aqui, mas também refletiam um modelo de cuidado centrado na doença que estava incrustado no modo de fazer dos profissionais – mesmo nas práticas educativas – e na maneira de demandar dos usuários. Nesse aspecto, foi recorrente o discurso dos profissionais acerca da baixa adesão dos usuários às atividades de grupo, muitas vezes, servindo para justificar a inexistência ou acomodação da EqSF em continuar a realização de ações mais amplas nos territórios ou mesmo de pequenas atividades em grupo.

Entretanto, as práticas de educação em saúde carecem de um planejamento cuidadoso e criativo, envolvimento dos profissionais e da comunidade na formulação/captação de temas relevantes, realizados em locais e horários compatíveis com a participação das pessoas, com temas tratados de maneira interativa e com linguagem compreensível aos participantes, regularmente realizados e contextualizados, além do formato menos "academicista" e prescritivo. (ALBURQUERQUE; STOTZ, 2004) Em virtude dessas nuances, a não participação da comunidade não deve ser compreendida por sua "aparente resistência", mas, sobretudo, a partir de uma crítica à própria maneira de fazer dos profissionais e do modelo

de produção do cuidado subjacentes às práticas e aos modos de gerir a saúde, bem como ao contexto das pessoas – condições biopsicossociais.

Condições de vida e as dificuldades dos usuários para as atividades em grupo...

> *[...] ocorre isso, do pessoal da área da saúde convocar o pessoal pra reunião e, por causa da roça, da necessidade de ir à sede, aluno na escola, a gente acaba não participando das reuniões. [...] tem hora que não dá! Tem hora que tô na roça. Moro sozinho com a mulher. A gente quer, mas é por causa da ocupação. Os filhos tão tudo no mundo. A idade de 82 anos não tá mais aguentando trabalhar, mas a gente, com o costume de trabalhar, não fica quieto, né? E a gente não tem condição de pagar para outra pessoa cuidar [da roça]. [...] Não é que a gente não quer, mas é por conta da ocupação.* (Grupo focal, usuários I)

Por fim, para além das ações fora da USF, os profissionais ressaltaram também a precariedade ou ausência de suporte material para continuação e ampliação do cuidado programado, para garantia de resolubilidade em situações agudas ou mesmo suporte de vida em situações emergenciais. Nesse aspecto, todos os trabalhadores de saúde declararam que a insuficiência de aporte material contribuía negativamente para que as USF pudessem ser um espaço que garantisse segurança e satisfação clínica aos profissionais e aos usuários. Os discursos a seguir apontaram ausência de material para suturas simples, medicação de urgência, descontinuidade dos métodos para planejamento familiar, entre outros recursos terapêuticos de primeira necessidade.

USF simplificadas...

> *[...] a medicina ou enfermagem fazem, além da consulta, algum procedimento nas USF, eu acho que mais na zona rural pela dificuldade do paciente da unidade se deslocar para um hospital. Como aqui a gente está na sede e está perto do hospital, então, faz mais a prevenção. Só faz um curativo, mas o médico não faz sutura na unidade. [. . .] a questão é a seguinte, a gente está tentando colocar emergência no hospital, pois o hospital é em frente ao PSF*

que eu trabalho. Mas, no caso, por exemplo, lá embaixo [outra USF], o médico está lá na unidade, poderia fazer sutura lá. Os outros PSF todos que eu [médico] trabalhei, a gente fazia drenagem de abscesso, exérese de unhas, retirava nevos, sutura, tudo no PSF. Pois dá para fazer no PSF. [...] estou percebendo que parte dos procedimentos estão indo, na sede, para o hospital. Por exemplo, foi abolido o fio de sutura lá na USF, foi abolido e não tem sutura. Acho que tem que ter o fio de sutura, pois dava para resolver. (Grupo focal, trabalhadores II)

USF sem suporte medicamentoso para as urgências. . .

[...] é só consulta mesmo. Se chegar um paciente aqui agora com um corte mínimo que um pontinho resolveria, vou ter que encaminhar para o hospital porque não tem fio de sutura, não tem instrumentos para eu [médico] suturar o paciente aqui e nem uma droga injetável também. Então, assim, na verdade, se o paciente enfartar no corredor, não tenho nem AAS aí para dar ao paciente, entendeu? Então, só funciona com consulta mesmo. [...] em questão de material, por exemplo, medicamento de emergência sempre é muito baixo. Hoje mesmo, tinha uma criança vomitando, eu [médico] fui no armário, tinha uns copinhos, eu peguei o copinho de Plasil (metoclopramida) [que] estava puro, não tinha mais nenhum. Aí, encaminhei para a secretaria. E dava pra resolver lá [USF] mesmo. Às vezes, precisa fazer um terço de ampola, meio de ampola, pois uma criancinha chegar com sintoma, não é? E a gente tem que mandar para o hospital. (Grupo focal, trabalhadores III)

Prescrição subordinada à oferta e não à necessidade...

Já trabalhei em municípios que de fato funcionava o planejamento familiar, mas aqui sempre falta algum. Planejamento familiar é aquela coisa de você ter todos [os métodos] e realmente o paciente escolher aquele que ele se adéque, mas acaba escolhendo o que tem, porque de uma gama de seis, só tem dois. E num mês tem, no outro não tem. [...] tem um fluxo, também, quando a gente encaminha para o ambulatório do hospital [para laqueadura] e que as pacientes chegam lá, assistem a palestra, a gente encaminha e, quando chega lá, não são atendidas e voltam, porque o sonho da maioria é fazer a laqueadura. E, quando voltam, elas voltam

desestimuladas, porque a gente não está tendo a resposta do que a gente está encaminhando. (Grupo focal, trabalhadores IV)

Baixo adensamento tecnológico das USF...

> *[...] se você tem uma unidade na zona rural, tem que ter pelo menos uma sala de observação com dois leitos e ter um nebulizador, ter um suporte, ter um oxigênio portátil. [...] Porque não justifica mandar para um hospital atender um paciente que vai fazer uso de uma penicilina porque não tem medicação e um oxigênio. Justifica eu mandar uma pequena sutura para um hospital ou até uma reidratação venosa rápida, por uma desidratação leve? Ou por uma dengue? Justifica mandar? Ocupar o leito de uma emergência por causa disso? Não, mas eu vejo isso, pois eu já auditei algumas cidades e não mudou muito de quando auditei para cá.* (Entrevistado 17, gestor estadual)

Em síntese, os problemas na ESF apresentavam um paradoxo: por um lado, o debate acerca da clínica degradada e a falta de aderência/compromisso profissional com o trabalho comprometeriam as ações de saúde; por outro, foi encontrado um conjunto de profissionais que, mesmo quando desejavam e/ou exerciam uma prática mais alinhada com o que se espera para garantir a centralidade do cuidado na APS, era interditado por condições de infraestrutura de trabalho. Obviamente, tais incongruências se desdobravam nas escolhas dos usuários, que – inclusive, por assimetria na compreensão de suas necessidades diante do profissional de saúde e sua luta por garantir uma resposta ao seu sofrimento – buscavam o cuidado por distintas portas na rede assistencial, recorrendo a diferentes sujeitos, muitas vezes, como visto, sujeitando-se a favores, sendo em momentos de grande vulnerabilidade, destituídos de sua cidadania.

Ao lado disso, conforme foi analisado até aqui, destaca-se o tipo de clínica desenvolvida por profissionais de saúde no âmbito da ESF. Nesse sentido, captou-se uma forte presença do núcleo biomédico e uma dependência acentuada dos serviços médicos para legitimação e consecução da APS. Não é por acaso que os discursos de gestores, profissionais de diferentes formações e usuários centralizavam na prática médica a

causa e a solução para as aflições individuais e coletivas na rede regionalizada. Por esse aspecto, percebe-se um sombreamento acerca da discussão sobre o modelo de atenção à saúde que se deseja e o uso que é feito das tecnologias disponíveis para o trabalho em saúde, sem uma clara definição de prioridades nos processos terapêuticos. Para Campos (2003, p. 71), "a clínica de qualidade somente será possível se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade". Nessa perspectiva, acrescenta o autor, os profissionais poderão definir melhor os recursos terapêuticos conforme o caso: assistência individual, interconsultas, visitas domiciliares, educação em saúde etc.

Sem dúvida, a infraestrutura inadequada dos estabelecimentos de saúde, a ausência de profissionais médicos em USF e os problemas no acesso aos cuidados complementares são provas que atestavam contra uma APS fortalecida, sobretudo pelo comprometimento na disponibilidade de cuidado oportuno e regular e na capacidade amortizada de resolver problemas. Todavia, entende-se que tão grave quanto os problemas destacados era a clínica desenvolvida por alguns trabalhadores da saúde que, mesmo em condições favoráveis, submetiam os usuários a uma clínica degradada, despersonalizada ou até iatrogênica, como foi visto em diversos trechos no decorrer do capítulo. Compreende-se a clínica degradada, apoiados em Campos (2003), como sendo um comportamento alienado do profissional que atende os usuários e suas demandas de forma padronizada, quase independente da gravidade, num sistema de queixa-conduta, sem a devida ausculta das singularidades e sem estabelecer vínculos com as pessoas, perdendo-se a oportunidade de resolver problemas de saúde.

Tais situações analisadas sinalizaram para uma rede desconectada e uma APS ocupando uma posição marginal, ainda que, nos documentos institucionais, aparecesse enquanto prioridade e, na prática, houvesse inúmeros microprojetos, nos interstícios da rede, que tentavam construir novos circuitos e fortalecer a ESF.

Capítulo V

FLUXOS ASSISTENCIAIS E DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO NA REDE REGIONAL DE SAÚDE

SUBFINANCIAMENTO PÚBLICO E CENTRALIDADE NO PROCEDIMENTO MÉDICO COM RESTRIÇÃO NA OFERTA PÚBLICA DE VAGAS

O acesso de usuários aos serviços de média densidade tecnológica na rede pública regional era realizado por meio dos pontos de atenção secundária e pelo sistema de apoio diagnóstico e terapêutico – de propriedade pública ou contratados/conveniados –, localizados nos municípios e compartilhados mediante PPI. Nesse aspecto, a disponibilidade na oferta dos serviços variava conforme a especialidade demandada e de acordo com o prestador que, por sua vez, estava na dependência do tipo de gestão dos serviços de saúde em cada território – ou seja, se o município assumia a condição de gestor único com o controle de todos os prestadores de serviços do SUS em seu território (comando único) ou se tinha parte desses serviços sob gestão do ente estadual.

Na região de saúde em foco, apenas os municípios de Barra do Choça, Belo Campo, Maetinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista assumiam a gestão em "comando único". Sobre essa condição, quando se questionava os entrevistados acerca dos motivos que os fizeram assumir o comando único, as respostas versavam em torno da oportunidade de autonomia no uso dos recursos, liberdade na contratação de serviços no próprio território, negociação direta com o prestador com possibilidade de melhorar o acesso e o quantitativo na oferta de serviços. Em relação ao que os desestimulava a assunção dessa modalidade de gestão, os argumentos apontavam para as dificuldades técnicas na organização dos serviços no território, recurso financeiro insuficiente para arcar com as necessidades assumidas para essa modalidade, dificuldade de profissionais médicos para contratação e orientação de técnicos da própria Sesab.

Além disso, os gestores alertaram para pontos nevrálgicos no processo de gestão municipal:

1. alguns municípios que assumem o comando único e que possuem hospitais de pequeno porte não dão conta dos serviços nos territórios, muitas vezes por falta de profissionais para fechar as escalas, e encaminham parte de sua população para Vitória da Conquista, particularmente, para os serviços hospitalares, concorrendo com a escassa cota pactuada com os municípios que não são comando único;
2. municípios assumem o comando único, seduzidos pelos recursos financeiros, mas sem o grau de responsabilização sanitária necessária, comprometendo o mecanismo de regionalização;
3. o processo de auditoria externa, via Sesab, é incipiente para supervisionar o uso adequado dos recursos e soma-se ao fato de que muitos secretários de saúde não são gestores financeiros do fundo municipal de saúde, ou seja, tudo isso pode aumentar a utilização clientelista das verbas e dos serviços.

O primeiro limite desse modo de organização dos serviços estava na forma de planejar a disponibilidade de vagas centrada em parâmetros

populacionais gerais ou em séries históricas, operados por meio da programação pactuada e integrada convencional, que atrelava a quantidade de procedimentos ofertados por diferentes gestores aos tetos financeiros, geralmente insuficientes, por conta do subfinanciamento e pela defasagem da Tabela Unificada do SUS, que não acompanhava os valores praticados no mercado e atrapalhava a capacidade de negociação entre gestor público e prestador privado, independente do tipo de gestão dos serviços de saúde.

O comando único em alguns municípios estava mais relacionado com a questão econômica, pois poderia representar um gasto menor ao ofertar o serviço no próprio território e, assim, diminuir o custo do transporte sanitário, ainda que, por sua vez, facilitasse o acesso – tempo de deslocamento e segurança – e diminuisse as ausências dos usuários. Em outro aspecto, o gestor negociava diretamente com o prestador um valor mais adequado para as consultas e exames especializados, possibilitando o aumento da oferta quando comparado ao mesmo serviço prestado em outro município via PPI, ou seja, o gestor continuava pagando acima da Tabela SUS, mas com uma majoração menor. O fragmento abaixo ilustra essa dinâmica:

> *Quando você tem uma gestão que o secretário é uma pessoa que tem conhecimento e que consegue ser gestor – e ser gestor não é só ele mandar –, ele consegue realmente gerenciar recursos e todas as responsabilidades que envolvem esses recursos, independente do porte do município. Vai conseguir gerir bem, porque o fato de assumir o comando único, eu não recebo todos os recursos. Por exemplo, posso continuar pactuando com Conquista, mas parte daquele recurso que ficava em Conquista, posso dizer que quero montar lá meu serviço de ultrassonografia. E o que vejo é que, por exemplo, é mais barato, às vezes, entrar com a contrapartida de 2 mil reais e ter a ultrassom sendo feita no meu território do que pagar por uma economia de 2 ou 3 mil reais e mandar meu paciente para fazer em Conquista, porque num município pequeno e pobre (que é o que acontece lá), você vai marcar a ultrassom para a pessoa ir fazer em Conquista, mas ela não tem o dinheiro para*

> *passagem. Isso vai gerar outro ônus. E que talvez seja mais caro que os 2 ou 3 mil que eu vou aumentar na minha contrapartida para ter esse serviço.* (Entrevistado 17, gestor estadual)

O ponto positivo estava na possibilidade de uso mais racional dos parcos recursos financeiros, mas não lograva mudar a lógica centrada no procedimento, não alterava o poder de barganha do prestador privado, não transformava o modelo de provisão de serviço centrado na oferta e pouco atento às necessidades da população, não incorporava elementos que viabilizassem o processo de coordenação das EqSF no território, nem tampouco garantissem melhor qualidade aos serviços prestados, permanecendo um sistema fragmentado. Para Mendes (2011, p. 104), "esse sistema de planejamento da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde".

Por outro lado, o subfinanciamento do SUS tem levado os gestores a um contrassenso dentro da política de regionalização, pois precisam fortalecer as ações conjuntas e solidárias. Porém, os escassos recursos financeiros estimulam a competição entre os municípios para garantia de uma oferta sempre contingenciada. Para os entrevistados, a programação pactuada e integrada não favorecia uma regionalização solidária, posto que alguns gestores não queriam assumir as responsabilidades mínimas em seu território e os municípios de referência acabavam comprometendo a organização da própria rede local:

PPI: "*tirando de um e colocando para outro*"...

> *O que vejo da PPI é a questão de você fatiar, dividir o bolo para muita gente, sem ter como todo mundo pegar uma fatia desse bolo. Então, acaba pegando quase o que você não tem, querendo fazer uma conta mágica para distribuir, às vezes, por falta de recurso mesmo. Porque a PPI não tem aumento de recurso, ela faz uma distribuição, aloca recurso de oferta dentro da região, da macrorregião, um recurso já existente, que aí você redistribui daquela forma, tirando de um e colocando para outro, pois, às*

> *vezes, o município por ser um polo e ter algumas especialidades ou a maioria delas, é forçado a ofertar [...].* (Entrevistado 7, gestor municipal)

Caminho do mais forte...

> *Porque se você, de fato, for analisar Termo de Compromisso de Gestão, relação e evolução desses termos e no que, de fato, isso implicou para o gestor municipal, eu não enxergo absolutamente nada. Faltou o processo de monitoramento, de avaliação e de validação desses termos. Ele ficou cartorial e nada avançou. [...] ele garantiu a construção desse espaço [CIR], essa instância colegiada e representativa [...] muito mais como uma instância de participação, de discussão, de diálogo, mas não necessariamente com corresponsabilidade. [...] não vou ficar falando de regionalização solidária, responsabilidade compartilhada, pois isso não acontece, porque o processo de negociação não segue esse caminho. Muitas vezes, é o caminho do mais forte, do poder, de quem detém a caneta e quem pode mais.* (Entrevistado 15, gestor estadual)

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde, com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, propôs um instrumento de gestão visando a integração das redes de saúde, por meio do Coap, que é "[...] a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federados em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários". (BRASIL, 2011a, p. 12) A perspectiva é estabelecer uma contratualização consensual entre os entes regionais, substituindo os Termos de Compromisso de Gestão e incorporando os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, com critérios definidos na CIR. (BRASIL, 2011a)

Em síntese, apesar da constituição de uma rede intermunicipal, os gestores ainda não assumiam, de fato, a responsabilização sanitária pelas ações em saúde e o debate não tinha dado sinais de avanço acerca do fortalecimento da gestão do cuidado e do modelo de atenção à saúde na região de saúde.

LONGOS PERÍODOS DE ESPERA COMPROMETENDO O CUIDADO E CENTROS DE ESPECIALIDADES INADEQUADOS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A garantia da saúde para todos os brasileiros, bem como o direito a todos os serviços que sejam necessários à resolução do problema de saúde, torna a questão da oferta de serviços e a produção de demandas um importante desafio aos sistemas locais de serviços de saúde, bem como a sua capacidade adequada e oportuna de responder às necessidades de saúde da população.

Os gestores deparam-se, por um lado, com a tripla carga de doença (MENDES, 2010), simultaneamente com o desenvolvimento de novas técnicas e equipamentos de diagnóstico e terapia, que se somam aos já existentes, e sofrem pressão da população, dos profissionais e dos fornecedores de materiais e equipamentos para incorporação e disponibilidade nos serviços de saúde, necessitando, portanto, de mecanismos públicos de regulação, na perspectiva de assegurar o acesso com equidade.

Na região, o papel regulador para acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica era exercido precipuamente nos municípios, por meio de suas CMC que podiam ter uma abrangência local ou regional, na dependência da oferta de serviços sob sua responsabilidade. A regulação exercida por cada município não era uniforme e refletia o grau de organização da rede local e regional, bem como expressava o modelo de atenção operado nos territórios. No estudo, deparou-se com quatro experiências de CMC e o modo como se estruturavam para responder as demandas apresentadas pelos usuários, e, por meio delas, identificou-se questões comuns e singulares que sinalizavam os principais avanços e desafios na regulação regional.

As principais questões captadas foram:

1. as CMC dos municípios estavam interligadas com a CMC de Vitória da Conquista por meio de um sistema de informação específico para agendamentos entre elas;
2. apenas em Vitória da Conquista havia um médico regulador na CMC que respondia (via sistema *on-line*) as questões que precisavam de avaliação profissional;
3. havia um sistema de informação específico para agendamento e regulação de consultas entre os municípios e Salvador;
4. alguns municípios utilizavam o Sisreg III[19] para questões de marcação local, mas não era compatível com os demais sistemas de regulação (regional e estadual);
5. as USF, na sua maioria, não estavam informatizadas, por isso as consultas eram agendadas na CMC;
6. os técnicos-marcadores na CMC acumulavam a função de aprazar as consultas conforme agenda liberada pelos prestadores locais ou via sistema eletrônico de marcação (prestadores externos) e ainda definiam a ordem de marcação conforme descrição médica na guia de solicitação ou ordem cronológica do pedido, ou seja, possuíam o poder discricionário/arbitrário na definição de prioridades sem terem formação específica;
7. as CMC faziam o rateamento das cotas locais ou pactuadas e encaminhavam às unidades para conhecimento e priorização pela equipe;
8. as unidades informatizadas conseguiam agendar as consultas de acordo com suas cotas prévias, mas limitavam-se ao agendamento dos serviços realizados no próprio município;
9. as unidades não informatizadas recolhiam as guias de solicitação e remetiam à CMC para marcação e posterior devolução aos usuários.

---

19 Sisreg – Sistema Nacional de Regulação. Sistema *on-line* criado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. (BRASIL, 2008)

Poder discricionário do marcador, mesmo sem formação específica…

> *Depois que é feita essa triagem, aí o marcador agenda os exames […] Então, ele encaminha para as unidades o exame marcado, coloca em cada pastinha e cada um [EqSF] pega o seu exame. Além disso, ele corre atrás da gente [coordenação da Atenção Básica] e fala: 'olha, tem tal exame que tem de marcar'. É o papel dele cobrar e falar: 'olha, tem o exame do seu fulano que a gente ligou para Salvador, mas não conseguiu marcar até hoje'. E fora isso, depende se tem alguma dúvida, se está fazendo algum exame, se não está, até para dar uma orientação para o próprio paciente. É ele que nos orienta, pois é quem marca, é ele que está dentro do sistema e é quem consegue nos dar essa informação.* (Entrevistado 2, gestor municipal)

Marcadores priorizam a "urgência da urgência"…

> *Temos uma CMC com dois funcionários do quadro. […] bem, eu oriento assim aos marcadores de lá: se eu tenho aqui dez vagas para oncologia, essas 10 vagas de oncologia são garantidas, porque é oncologia. Mas dessas dez, tenho cinco solicitações de oncologia e tenho essas cinco com o resultado do anatomopatológico. Então, o sistema dá prioridade aos que estão com o diagnóstico confirmado. Os outros cinco ficam. Aí, eu tenho 15 consultas para pneumologista, mas só tenho duas vagas. Aí eu vou pegar pela ordem cronológica. Agora, se eu observar que o paciente teve uma tuberculose, teve outra lesão pneumo, aí a gente pega e bota na frente. Entendeu? Mas isso é a critério delas [das marcadoras]. Quem faz essa priorização são elas lá. Que não é para fazer não, mas… […] Acho que, no dia a dia, o conhecimento do dia a dia… [elas conseguem priorizar] Quando têm dúvidas, sempre procuram o enfermeiro ou o médico para julgar ali. Na verdade, era para se ter uma comissão para implantar o sistema de controle e avaliação justamente para fazer essa triagem e decidir quem vai primeiro na vaga SUS.* (Entrevistado 3, gestor municipal)

Outra questão bastante intrigante no fluxo assistencial era o retorno do usuário ao especialista – atenção secundária – para revisão ou entrega de resultados de exames. Caso o atendimento tivesse sido realizado no

município de origem ou fora dele, o usuário poderia entregar a guia de solicitação de retorno na USF/UBS e esta se encarregaria de agendar no sistema – unidades informatizadas – ou encaminharia à CMC – unidades não informatizadas ou para retornos fora do domicílio do usuário. Nesses casos, as unidades facilitavam o acesso dos usuários, pois evitavam o deslocamento das pessoas para uma simples marcação de consulta em outros pontos da rede. Porém, as unidades informatizadas limitavam-se ao agendamento para prestadores localizados no próprio domicílio, para os demais casos – agendamento fora do domicílio e exames de alto custo –, ambas – informatizadas ou não – equivaliam-se, uma vez que precisariam recolher as guias de solicitações e encaminhá-las às CMC locais.

Unidades informatizadas facilitam a marcação de consultas...

> *As unidades que já tiveram informatização. Eles colocam que melhorou bastante, porque normalmente têm problemas em relação a essa questão dos exames ficarem todos centralizados na CMC. Então, às vezes, acontece que eles distribuem [na CMC] os marcadores por unidades de saúde; então, às vezes, tem problema com aquele marcador que saiu, foi demitido, e aí acaba demorando muito tempo aquela pasta ali para ter o agendamento na CMC. Com a marcação descentralizada para a unidade, esses problemas são resolvidos e, assim que a vaga está disponível, a unidade tem uma agilidade maior para conseguir marcar, sem contar que não corre o risco de extravio pelo 'motoboy'. As equipes que já estão trabalhando nessa modalidade relatam essa facilidade.* (Entrevistado 11, gestor municipal)

> *Eu só ouvia o comentário, que iam [usuários] 3 horas da manhã pra fila [da CMC] pra eles mesmos tentarem marcar. Hoje não, a gente dá o pedido, eles procuram a técnica que está na recepção, ela pede os documentos necessários e a unidade encaminha para CMC. O dela é o sistema de malote [unidade não informatizada]. Vai para a CMC, a CMC marca, devolve a marcação, o dia, hora e tal. E aí o ACS comunica a ele. 'Já está lá tudo certinho, vai lá pegar que está marcado tal dia'. Quando essa marcação se faz dentro da unidade, então, tem lá no sistema a vaga. Lá na recepção, alguém*

vai, abre aquele sistema, localiza a vaga e marca lá e já sai com a guia impressa. Inclusive, o sistema é nacional, é o Sisreg III e a gente utiliza esse sistema para poder marcar e regular exames. (Grupo focal, trabalhadores III)

Uma diferença a favor da informatização das unidades encontra-se na possibilidade de maior envolvimento da equipe na regulação das necessidades e microgerenciamento das filas de espera. Todavia, a restrição no sistema de distribuição de cotas levava a uma "priorização entre as prioridades", havendo sucessivos casos de alargamento nos tempos de espera para casos que seriam "menos urgentes" e que, com o tempo, agravavam-se por falta de assistência adequada em tempo oportuno e contribuíam para descrédito dos usuários e da própria equipe na capacidade em resolver problemas, alimentando circuitos paralelos. Os relatos abaixo exploram alguns desses momentos:

Longo tempo de espera para exames especializados...

O doutor me pediu um ultrassom e eu não conseguia fazer esse ultrassom da mama. Porque eu vim [na USF] várias vezes para marcar e o rapaz falava: 'Hoje está fora do sistema, hoje não tem vaga, vem dia 20'. Eu vim três meses seguidos, mas todo dia 20 eu vinha e não conseguia – desisti. Aí, teve uma feira da saúde do hospital, eu vim e fiz a mamografia. No dia da feira de saúde no hospital, cheguei três e meia da manhã e já tinha gente na fila para poder fazer esse exame. Algumas pessoas foram na CMC pegar os pedidos que já tinham dois, três, quatro meses que estavam lá para marcar e não conseguia. [...] foram lá [na CMC], retiraram e fizeram na feira da saúde no hospital. (Grupo focal, usuários III)

Via crucis na busca por cuidados especializados...

[...] o estrangulamento de consultas é tanto para gente [EqSF] quanto para os especialistas. O especialista se sente mais frustrado no sentido do exame. Porque eles pedem o exame, pois eu tenho colegas que são proctologistas. O que você pede para um paciente que chega para o proctologista, salvo exceção: colonoscopia. O paciente entra numa fila que não acaba mais no [Centro

> *Municipal de Atendimento Especializado] Cemae. O cara me volta 'três anos depois'. Se tiver um câncer de colo, já tem um câncer de colo, mas se for um divertículo, tá ferrado! Acontece de você [médico que dá plantão] encontrar o paciente, depois, no hospital, que nem chegou a fazer a colonoscopia. Não há tempo hábil para realizar os exames. O paciente que vai fazer até a cirurgia, aí faz alguns exames, outros não. Quando ele consegue fazer todos, aí já venceu os outros, ele vai ter que começar a* via crucis *de novo [...].* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Com os registros de campo, também captaram-se outras dinâmicas que agravavam ainda mais a capacidade de coordenação das EqSF na rede. Por exemplo, havia municípios cuja guia de solicitação de retorno era levada à CMC diretamente pelo usuário, ou ainda serviços especializados que marcavam diretamente as consultas de retorno – sem intermédio da CMC ou unidade de saúde. Em tais cenários, a organização era tão precária que os usuários precisam disputar a vaga para consulta com especialista ou exame especializado por ordem de chegada na CMC no dia de abertura da agenda – filas de marcação na porta da CMC – e, ainda, retornar à CMC periodicamente para saber se a solicitação havia sido aprazada. Esses casos reforçavam a fragilidade das EqSF nas intermediações dos fluxos entre os níveis, transferindo para os usuários a responsabilidade por conectar os diferentes pontos da rede, desvinculando as equipes de APS do papel de coordenar o cuidado. Além disso, abria-se espaço para formas pessoais de lidar com os encaminhamentos e interferência para apadrinhamento.

Falta de interlocução entre CMC e EqSF...

> *Quem leva essa solicitação à CMC é o próprio usuário. Para ele ficar sabendo da vaga, o dia, o retorno, no caso, ou ele pessoalmente vem aqui [CMC] sempre perguntando ou a CMC divulga nos meios de comunicação, no rádio. Os agendamentos, os procedimentos, consultas avisa com antecedência na rádio, tanto os da sede, quanto da zona rural. Avisa os que estão agendados para aquele dia. Anuncia o nome das pessoas na rádio: 'fulano de tal, tal*

lugar e tal dia'. Não funciona 100%, porque a rádio não alcança todas as áreas. [...] tem um problema, no caso, de utilizar meio de comunicação, utilizar rádio, porque o município é muito vasto. A minha microárea mesmo, a última microárea estaria a 51 quilômetros daqui, e a rádio não tem alcançado; então, fica sem o feedback. E agora os marcadores têm aberto exceção, as meninas da CMC avisam por telefone; dentro da medida do possível, têm atendido. (Grupo focal, trabalhadores II)

Clientelismo nas CMC...

A interferência política num município pequeno é bastante presente. Eu não vou dizer que não existe, pois existe. Às vezes, é um vereador que chega: 'Ah! dá um jeitinho aí'. É claro que as meninas [CMC] vão ter que dar um jeitinho, porque você sabe que a interferência política atrapalha, acaba atrapalhando a questão do fluxo, mas infelizmente a gente tem que atender também. (Entrevistado 4, gestor municipal)

Usuário sem suporte na trajetória terapêutica: cuidado descoordenado...

[...] com certeza não é a Atenção Básica o coordenador do cuidado. Isso, muitas vezes, está nas mãos do usuário, que não deveria ser o responsável por buscar toda trajetória terapêutica no SUS, mas que, sem nenhum tipo de informação ou suporte, ele busca. Hoje, a realidade é essa, ele busca fazer o seu percurso no SUS. E é o que explica pessoas com condições muito semelhantes, algumas terem acesso e outras não. (Entrevistado 16, gestor estadual)

Eu [usuário 1] sentia dor no estômago, sempre, sempre. Aí fui ao hospital, o médico falou para eu fazer ultrassom; eu fiz ultrassom, deu pedra na vesícula, aí me encaminhou para fazer a cirurgia. Tinha pelo SUS, mas era muito demorado e o meu caso era grave, aí eu fiz a cirurgia pagando, e foi rápido, foi resolvido.

Já eu [usuário 2] consegui que fosse pelo SUS, porque eu tenho um colega lá que é médico, trabalha no Hospital X, é cirurgião. E aí, através dele, encaminhou e foi rápido, facilitou. Aí só fiz os exames. Ele encaminhou tudo lá com os colegas dele que trabalham lá. Foi

> *o médico de lá, que fez a cirurgia e que pediu todos os exames. Só foi mesmo a cirurgia pelo SUS, agora os exames fiz particular.* (Grupo focal, usuários II)

Outra forma de contornar as grandes adversidades nos fluxos de acesso aos serviços especializados era a "garantia" de marcação direta, na CMC, dos retornos dos usuários portadores de doenças graves – câncer, por exemplo – e em tratamento contínuo – hemodiálise, quimioterapia etc. – e que, por isso, necessitavam de consultas de retorno ou exames/procedimentos frequentes, inconciliáveis com a rotina burocrática e os tempos de espera nos fluxos "normais". De certa forma, todos os arranjos organizativos sem envolvimento das EqSF pareciam legítimos num cenário de dificuldades na coordenação por equipes da APS na rede de atenção regional conforme vem sendo apontado nos capítulos anteriores. Sendo assim, os gestores, profissionais e usuários teciam outros circuitos na tentativa de responder as suas necessidades mais imediatas por ações e serviços de saúde. Além disso, nos discursos de diferentes sujeitos em distintos grupos de representação da pesquisa, as justificativas para novos fluxos sustentavam-se no dilema estabelecido entre seguir a normativa, podendo incorrer na piora e até óbito do usuário ou estabelecer contornos para tentar solucionar os casos mais prementes e estrangular ainda mais a rede assistencial ou mesmo tomar o lugar de outro que não teria o mesmo privilégio.

Ou espera, ou tem que pagar...

> *Se o usuário precisar de um exame cardiológico e não conseguir, ele tem duas opções: ou espera a vaga aparecer, ou vai para Conquista, procura o 'agenciador' que vai achar para ele [usuário] uma consulta barata para ele fazer. Se ele não tem condições, ou eu [gestor da saúde] tiro do meu próprio bolso, como faço às vezes, ou entrego o dinheiro para ele fazer, ou eu vou até a prefeitura e peço dinheiro do serviço social para poder dar a ele para poder fazer a consulta.* (Entrevistado 3, gestor municipal)

Priorizar na escassez: tentando evitar um mal maior...

> *[...] temos uma grande quantidade de pessoas precisando de vagas para a especialidade e existe uma restrição do número de vagas. Mas, entre essas pessoas, algumas precisam de mais ou estão mais tempo esperando na fila; então, existe alguma priorização. Por exemplo, um câncer. A gente sabe que o período de vida do paciente é curto. Então, a gente vê o relatório do médico e tenta encaminhar esse paciente o mais rápido possível. Então, a gente [SMS/CMC] usa mais o critério com relação às doenças. Tem doenças que não podem esperar, tem outras que a gente vê que o paciente está bem. [...] Então, paciente com câncer ou com alguma doença mais crítica, a gente dá logo a prioridade.* (Entrevistado 4, gestor municipal)

Entretanto, as iniciativas apresentadas, sutilmente, opacificavam o problema do modelo de atenção à saúde na região de saúde, porquanto marginalizavam a ESF e não enfrentavam os problemas fulcrais da rede – fragmentação dos serviços, APS em posição coadjuvante na gestão e competição entre os municípios –, ao apresentarem soluções parciais e reativas, criando novos nós ou ajustando-os ao invés de desatá-los, intensificava-se as iniquidades no acesso. Outro aspecto preocupante era que alguns usuários com doenças graves acabavam "perdendo" o contato e a confiança nas EqSF, vinculando-se aos demais pontos de atenção em detrimento da responsabilidade dos profissionais em assegurarem a continuidade e coordenação do cuidado.

Os principais provedores de serviços de média e alta densidade tecnológica na rede encontravam-se na sede da região de saúde. Em razão disso, todos os fluxos assistenciais migravam para o município de Vitória da Conquista, incluindo os usuários de outras regiões da macrorregião Sudoeste e também de fora desta. Ainda assim, os diferentes municípios, mediante o tipo de gestão dos serviços de saúde, também ofertavam um conjunto de especialidades – consultas, exames e procedimentos – em seus territórios, em pequenos centros de especialidades médicas,

policlínicas e até mesmo por meio de médicos especialistas atendendo, esporadicamente, em pequenos ambulatórios isolados.

Entre eles, o Cemae, na cidade sede da região de saúde, era a maior e a mais diversificada unidade pública de saúde na prestação de serviços especializados ambulatoriais da região de saúde e de todo Sudoeste baiano. Funcionava de segunda-feira à sexta-feira, de 7h às 19h, sem intervalo para o almoço, ofertando consultas clínicas em diferentes especialidades, alguns exames e procedimentos, conforme relação a seguir: angiologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia pediátrica, coloproctologia, dermatologia, endocrinologia, eletrocardiograma (ECG), fonoaudiologia, gastroenterologia, gastroenterologia pediátrico, geriatria, hematologia, mastologia, nefrologia, neuropediatria, neurologia, neurocirurgia, nutricionista, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, pneumologia pediátrica, psiquiatra, reumatologia e urologia.

Para distribuição das vagas, o Cemae e os demais prestadores – públicos e privados contratados –, situados em Vitória da Conquista, remetiam a agenda dos profissionais – por especialidade e a oferta de vagas para consultas, exames e procedimentos – à CMC para ser disponibilizada entre as unidades de Vitória da Conquista e aos demais municípios pactuados. De maneira similar, os serviços especializados dispersos nos demais municípios disponibilizam suas agendas às CMC locais, e estas ficavam encarregadas de cotizar as vagas entre suas unidades de saúde.

As CMC, por sua vez, por meio da regulação assistencial, buscavam otimizar a distribuição das vagas, elegendo quem e quando acessaria o serviço requerido. Mas, por conta das inúmeras e profundas contingências na oferta para a maioria das especialidades médicas na região, produziam um efeito colateral que se manifestava no alargamento nos tempos de espera, o que comprometia a resolubilidade e continuidade do cuidado, interferindo diretamente nos processos terapêuticos dos usuários. Não obstante, essa função técnico-administrativa tornava-se meramente burocrática em municípios cuja função regulatória era confundida com a

simples marcação de consulta por ordem cronológica da solicitação e praticamente inócua, quando havia necessidade de escolha entre situações em que todas eram prioridades. Por sua vez, as CMC dividiam as vagas mediante gerenciamento da escassez, sem concomitante suporte adequado de ferramentas de gestão da clínica como prontuários eletrônicos, protocolos clínicos, telessaúde e linhas de cuidado que permitissem uma racionalidade nas escolhas e um mínimo envolvimento dos profissionais da rede. Por fim, o caráter autônomo dos centros de especialidades e a integração apenas formal entre os diferentes pontos de atenção na rede regional não logravam forjar novos arranjos assistenciais com potência para novas dinâmicas no modo de organizar as práticas entre profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção, tornando-os cúmplices e reféns de um modelo produtor de demandas e iniquidades.

Na mesma perspectiva, o Cemae era uma unidade ambulatorial convencional, destacando-se por prestar atenção pública de atenção secundária; entretanto, tinha características que não rompiam o modelo de prestação de serviços médico-centrado, focado no procedimento e produtor de demandas. Os profissionais eram prestadores de serviços, permanecendo no Cemae conforme quantidade de consultas/procedimentos previamente acordado com o gestor local. Agiam como profissionais liberais, pouco envolvidos com a rede regional, e gozavam de amplo poder de barganha na organização do processo de trabalho conforme sua conveniência. Tais profissionais trabalhavam isolados, não havendo fluxos comunicacionais internamente entre as especialidades, nem tampouco comunicação entre estes e os profissionais das UBS/USF.

Assim, os usuários buscavam os serviços de especialidades mediante alguma referência de profissional, geralmente médico de uma unidade de saúde; mas, na consulta especializada, não se conhecia a história pregressa do usuário ou este precisava repeti-la a cada novo encontro. Não havia formação de vínculos, posto que o agendamento, dependendo do dia, poderia ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade, sem garantia de retorno programado e com tempos de

espera indefinidos, mesmo quando se tratava de um conjunto de exames e procedimentos que precisavam de articulação para um mesmo caso. Em razão disso, havia sobreposição de trabalho entre as especialidades, redundâncias nas solicitações de consultas e exames, com frequente perda de informações, impedindo a continuidade do cuidado e protelando a resolução ou controle adequado de alguns agravos.

> *[...] temos aqui [Cemae] uma miscelânea de profissionais. [...] cada um quer ter uma conduta, cada um quer colocar a sua norma, como ele trabalha na rede particular. A gente tenta normatizar dentro do que o SUS preconiza, mas, até para não causar inimizade e evitar que esse profissional saía do SUS, a gente tenta entrar no consenso sobre a questão do tempo de tolerância para atender o paciente, a questão da documentação toda que precisa ser preenchida, porque no SUS há um grande número de impressos e isso acaba dificultando o profissional de querer ficar no serviço. [...] A rotatividade é grande, existe alguns profissionais que vêm para o SUS para fazer nome. Na maioria das vezes, a gente recebe o profissional cru, só sabe que existe o SUS e que a prefeitura tem o recurso pra pagar e que ele vai lá num dia da semana atender. No Cemae, o profissional aprende, além disso, Vitória da Conquista tem dezenas municípios pactuados. Então, recebe muitos pacientes e o boca a boca acaba servindo de* marketing *profissional [...].* (Entrevistado 8, gestor municipal)

Por essas características, também comuns às demais unidades de prestação de serviços especializados – em alguns casos, até mais comprometedoras –, não se configuravam como pontos da rede adequados para prestação de cuidados aos portadores de condições crônicas. Além disso, os profissionais trabalhavam no esquema de concentração das consultas/procedimentos no menor tempo possível, tinham outros vínculos empregatícios (públicos ou privados) – às vezes, no mesmo turno, depreciando o serviço público em contraposição ao privado –, com processos de trabalho que inviabilizavam a construção de uma condução clínica atenta e estando sempre com “muita demanda” de trabalho no turno disponibilizado.

Em campo, registraram-se, em dois municípios distintos, profissionais médicos que atuavam como médico de família em USF e em unidades ambulatoriais exercendo outra especialidade. Todavia, essas atividades eram exercidas num mesmo turno – em locais distintos –, e um deles declarou que, por conta da sobrecarga, não conseguia fazer bem nem uma coisa nem outra.

Para além de todos esses problemas, chamaram atenção a organização do processo de trabalho e a qualidade da atenção prestada nos encontros entre profissionais e usuários do serviço da atenção especializada. Nesse sentido, o usuário deparava-se com profissionais que, mesmo tecnicamente competentes, tinham uma formação e uma perspectiva profissional, muitas vezes, incompatível com a que se esperava de um trabalhador da saúde. Aliam-se a isso a assimetria de informação entre profissional e usuário, as expectativas desse último em ter seu problema resolvido/esclarecido e a vulnerabilidade de muitos usuários – condições socioeconômicas ou tipo de adoecimento – que requereriam olhar atento e prática cuidadora, independentemente do nível assistencial no qual seja assistido – neste caso, requisitos inconciliáveis com profissionais centrados no procedimento e com abordagem clínica fragmentada. Alguns relatos destacaram a insatisfação dos usuários frente aos atrasos e longos períodos de espera, consultas rápidas e despersonalizadas:

Consulta despersonalizada e frustração do usuário com o (des) cuidado...

> *Lembro que uma vez que fui para uma dermatologista. Eu cheguei lá [Cemae] 7 horas da manhã, quando ela veio chegar às 10 horas da manhã para começar a consulta – aquilo atrasou. Outra médica, também, que eu trato lá, estou achando ela ótima, mas ela tem outros consultórios e chega tarde lá. A gente chega lá meio-dia, ela só chega 3 horas da tarde para atender. Então, lá tem médico que atrasa muito. [...] a dermatologista, eu fiquei chateada porque ela mal olhou, assim, e falou: 'Isso aqui não tem jeito não, você não pode tomar sol'. Olha, eu fiquei tão chateada. Eu pensei: 'Meu Deus, cheguei aqui 7 horas da manhã'. Quando fui atendida*

> *era meio-dia, para ela olhar para mim e dizer que: 'Isso aqui é que a senhora tomou muito sol e eu não posso fazer nada e não vou passar nada'.* (Grupo focal, usuários IV)

Clínica autoritária e desatenta...

> *Tenho pacientes que chegam e dizem assim: 'Doutora, não me mande mais para aquele médico, porque eu não vou, porque ele nem olhou para minha cara'. Muitas pessoas dizem isso. Ou então: 'Me tratou mal', ou reclamou da referência que foi enviada. 'Não sei para que essa médica mandou você para cá, não sei porquê'. Então, tem essas coisas. Ou, então, principalmente quando é a enfermeira [que encaminha], aí que a gente escuta mesmo. Usuários dizem assim mesmo: 'Oh, não me manda mais não que eu não vou'. [...] Mas é complicado você analisar o serviço do outro, o que eu percebo é, assim, o especialista não se sente motivado em resolver, muitas vezes, o problema daquele paciente que vai lá [...].* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Os registros de campo mostraram que os pontos de média densidade tecnológica, na região de saúde, foram forjados numa lógica produtivista e de prestação de serviços, sem articulação com as políticas de APS e sem um direcionamento na perspectiva de rede integrada, configurando-se como uma "colcha de retalhos". Por um lado, o subfinanciamento do sistema, a defasagem da tabela SUS e a dificuldade de contratação de médicos para algumas especialidades forçavam o contingenciamento do acesso às parcas vagas distribuídas segundo a programação pactuada entre os municípios. Por outro, o próprio arcabouço organizativo de prestação de serviços de maneira fragmentada e excessivamente hierarquizada não apontava uma saída para a situação, bem como aparentava ser, em certo sentido, retroalimentador das dificuldades que se tentava superar.

Os centros de especialidades estavam organizados sob a égide do modelo biomédico em detrimento do modelo da produção do cuidado em saúde. Ou seja, os fluxos e contrafluxos na rede estavam ordenados pela

oferta, com desarticulação entre os diferentes pontos da rede, função meramente assistencial e hierarquizada, fortemente direcionados pelos prestadores de serviços e, por isso, sujeito a manipulações e pressões de todas as ordens. Na região, tal condição agravava-se pela fragilidade – ou ausência – dos instrumentos de continuidade do cuidado entre os níveis de atenção e, por conseguinte, conformavam-se em espaços refratários à coordenação via EqSF.

Essa situação estava inapelavelmente associada à governança regional, que não pautava na agenda política o debate acerca do modelo de atenção que se desejava engendrar para a rede, nem tampouco acerca da micropolítica do trabalho em saúde e o uso das tecnologias – relacionais e materiais – necessárias para produção do cuidado, ficando, a maior parte do tempo, contornando os problemas ou culpando a escassez de recursos financeiros, de profissionais etc., ainda que estas também fossem questões graves e sempre imediatas.

INFORMAÇÃO ASSISTENCIAL A CARGO DO USUÁRIO, COMUNICAÇÃO INCIPIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE DIFERENTES PONTOS E SUBUTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS NA REDE

Os diferentes pontos de atenção secundária e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico atuavam de forma fragmentada, quase autônoma, na rede regional, com fluxos comunicacionais deficientes entre si ou mesmo com ausência informacional entre os profissionais e serviços de atenção primária.

Nesse sentido, quando o usuário conseguia finalmente a autorização para consulta/exame e adentrava um dos pontos de atenção secundária ou sistema de apoio na região, deparava-se com um obsoleto sistema de identificação e armazenamento de informação clínica. Nesses espaços de produção de serviços, havia um rompimento na continuidade informacional, pois os especialistas trabalhavam com prontuários clínicos

individuais, sem conexão com as informações coletadas por outros profissionais em distintos momentos e pontos da rede. Tal evidência era comum aos diferentes serviços na rede, mas ganhava contornos dramáticos no maior centro de especialidade da região, uma vez que os prontuários eram impressos, preenchidos manualmente e armazenados em uma sala – sem acondicionamento adequado, muitas vezes, soltos por falta de envelope.

Em 2011, existiam mais de 300 mil prontuários armazenados precariamente, resultado do grande fluxo de usuários oriundos de toda macrorregião Sudoeste, multiplicidade de registros e de prontuários para um mesmo usuário, prontuários de pessoas que não faziam mais uso do serviço – óbito, por exemplo –, registros clínicos manuscritos com caligrafia de diferentes profissionais, nem sempre compreensível, prontuários não acessíveis à distância por outros pontos da rede – comprometendo o compartilhamento de dados – e que precisavam ser localizados pelos recepcionistas, em salas empoeiradas, cada vez que os usuários acessavam o serviço. Essa precária disposição dos prontuários clínicos comprometia e inviabilizava a continuidade do cuidado, mesmo para os profissionais mais engajados e que desenvolviam processos clínicos mais comprometidos, com empobrecimento das informações, retrabalho e perda de informações essenciais para reavaliações dos casos pelos especialistas e mesmo por pesquisadores.

Sistema de informação clínica precário...

> *Esse talvez seja o maior problema do Cemae hoje. Nós temos quase 315 mil prontuários, acho que mais ou menos isso. [...] os prontuários são numéricos. Quando o paciente chega ao Cemae, é dado a ele uma etiqueta com o número do prontuário, colada na identidade e um cartão com o número do prontuário. [...] o paciente joga fora e, se ele jogar fora [ou perder], fica impossível encontrar o prontuário. Temos pacientes com até oito prontuários. Tem paciente que diz que nunca passou aqui, mas que tem prontuário com 30 páginas. Então, tem um problema organizacional*

> *extremamente sério no serviço, que só há como encontrar com o número*. (Entrevistado 8, gestor municipal)

A questão descrita, por si, afetava todas as demais tentativas de integração comunicacional e comprometiam os fluxos e contrafluxos na rede. Por essa óptica, a relação entre profissionais das USF e especialistas ou inexistia ou fazia-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto, por meio de precário fluxo burocrático de preenchimento de impressos, restrito, na maioria das vezes, a alguns centros de especialidades ou dependentes da disposição individual de cada profissional. Na realidade, o problema mais comum era a ausência de, pelo menos, um relatório descritivo, ainda que sintético e manuscrito, sobre a situação clínica do usuário. Os gestores entrevistados denunciaram uma total desinformação entre os profissionais e entre os serviços, ocasionando equívocos no agendamento de consultas e expondo os usuários a situações de constrangimento e agravamento do quadro clínico,

Cada um por si...

> *Eu ainda vejo que o responsável por trazer as informações é o usuário. A gente tem casos de pacientes que vão para Salvador, ao serviço de oncologia, apesar de a gente conseguir marcar bem em Salvador, no Hospital Aristides Maltez [hospital público de referência em câncer]. Eles vão e voltam, mas quem traz a informação é o paciente. A gente não tem uma contrarreferência do serviço não. Para acompanhar a trajetória dele, só via prontuário da USF mesmo. Se ele comparecer regularmente àquela unidade.* (Entrevistado 2, gestor municipal)

"Paciente não sabe por que veio, para que veio e o que está fazendo aqui"...

> *O que acontece no município é uma contrarreferência e referência informal, através de bilhetinhos, telefonemas, um acesso de um colega que tem uma possibilidade maior para poder reencaminhar esse paciente. [...] Na maioria das vezes, quando o médico*

vai conversar com o paciente, o paciente não sabe por que veio, para que veio e o que está fazendo aqui, ou acontece coisas, assim, esdrúxulas. Por exemplo, paciente vem para o gastro, acha que vai fazer endoscopia; então, vem com jejum de 12 a 14 horas. O médico só vai atender à tarde, esse paciente tem uma crise de hipoglicemia aqui, a gente tem que alimentá-lo; às vezes, não aceita ser alimentado porque acha que vai fazer endoscopia. Ou o paciente vem com uma queixa de cefaleia e é marcado para o urologista. Acontece demais isso, pois referência e contrarreferência de fato não existem regulamentadas [...] de fato, às vezes, a consulta fica prejudicada, ineficaz, pela condição social do paciente que não sabe o que tem e pela referência e contrarreferência que não fez. (Entrevistado 8, gestor municipal)

A proposta tradicional de referência e contrarreferência é insuficiente para organização de redes de atenção à saúde com continuidade do cuidado e coordenação das EqSF, particularmente para usuários em condições crônicas que exigem acompanhamento ao longo do tempo por diferentes profissionais. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006; MENDES, 2011) No entanto, num cenário de incipiente disponibilidade de recursos tecnológicos de informação nos serviços de saúde, a proposta, mesmo conservadora e burocrática, poderia ser um suporte clínico. Porém, não encontrava adesão no processo de trabalho na região, ficando sempre marginal, ainda que permanecesse pairando em documentos e na retórica gerencial. Em virtude da desinformação clínica e, paradoxalmente, da necessidade dessa informação, os profissionais buscavam no usuário a rememorização de sua história clínica e consultas pregressas a cada novo encontro para desfecho de um diagnóstico ou para traçar um projeto terapêutico. Os fragmentos abaixo reportam tais situações:

Processo terapêutico fragmentado e pouco resolutivo...

Não é fácil também fazer a contrarreferência no serviço, com a sobrecarga que eu acho que todo mundo é sobrecarregado, mas é uma coisa, também, que é um gargalo, porque não funciona.

> *Porque se um médico do PSF encaminha uma pessoa para a especialidade e não volta a contrarreferência, normalmente o paciente não sabe dizer o que ele fez lá. 'O que foi que o médico lhe disse, minha filha?', 'Ah, não sei lhe dizer não', ou então: 'Ah, ele passou um remédio', 'Que remédio foi?'. Não sabe lhe dizer, ou seja, volta do mesmo jeito para você. Então, é uma coisa que não é resolutiva, sem a questão da contrarreferência. Às vezes, até o profissional resolveu o problema, mas você de cá não sabe qual foi a conduta que ele tomou, ou se vai precisar ter um retorno, ou se precisa ter um cuidado diferente. [...] eu acho que, enquanto não existir essa referência e contrarreferência, uma coisa bem estruturada, ainda fica uma coisa meio solta. [...] Tem profissionais que, quando a gente encaminha a referência, pega o papel, lê e rasga, ou então nem lê. Só vê o papel com a referência, mas não chega e observa o que a gente botou, qual foi a história realmente, porque a gente está encaminhando. Não, rasga! [...]. Só existe [contrarreferência] do pré-natal de alto risco.* (Grupo focal, trabalhadores IV)

Essa condução explicitava uma rede fracionada, pouco resolutiva e, em certa medida, que não conseguia desobstruir as agendas, pois congestionava os fluxos e contrafluxos em todas as direções e, em consequência, reverberava na crônica insuficiência de vagas, no mau uso do recurso público e na insatisfação de gestores, profissionais e usuários.

Outro ponto fulcral na organização da rede regional assentava-se na condução clínica dos profissionais para a produção do cuidado, suas motivações e parâmetros para os encaminhamentos de usuários para consultas com especialistas e a solicitação de exames/procedimentos complementares. Uma característica intrínseca do processo de trabalho em saúde é o grau de autonomia dos profissionais no momento da ação clínica, podendo, por isso, adquirir formatos tão diversos que só podem ser parcialmente capturados pelas normas e instrumentos para gestão da clínica. (MERHY, 2002) É nessa perspectiva que referência e contrarreferência, prontuários e protocolos clínicos, mesmo quando existem, não garantem melhoria na produção do cuidado, ainda que possam servir como balizador de conduções clínicas, racionalizador de recursos ou

reestruturador da produção do cuidado. (MERHY; FRANCO, 2009) Tal contraponto é importante para compreensão da insuficiência dos instrumentos gerenciais para melhoria do cuidado em saúde, mas, na região, a sua inexistência ou incipiência parecia tornar os processos de trabalho e a organização dos serviços ainda mais caóticos.

Na região de saúde, a escassez na oferta de vagas, bem como a necessidade de uso adequado de recursos tecnológicos em todos os pontos da rede, atestava para a regulação do acesso, particularmente por meio de protocolos clínicos bem definidos e que dessem suporte aos profissionais, sobretudo da APS. Todavia, não se pode deixar de salientar que a formação não específica da maioria dos médicos para trabalhar na ESF, a ausência de diálogo entre os especialistas e os profissionais da APS, o modo de produção do cuidado procedimento-dependente e uma clínica degradada tornavam o protocolo clínico inerte ou com pouca capacidade de fortalecer as decisões no cotidiano das práticas. Nesse sentido, os discursos revelaram forte resiliência dos trabalhadores na utilização de normas clínicas, justificados pela autonomia do ato médico ou insegurança na condução terapêutica.

A utilização de protocolos requer uma rede integrada, com fluxos comunicacionais eficientes, para que não sirvam apenas como meio de racionalização de procedimentos mediante cotas disponíveis. Alguns profissionais e gestores pareciam compreender o protocolo como sinônimo de restrição de acesso, como na lógica das prestadoras privadas de seguro saúde. A perspectiva é que o protocolo clínico aumente a resolubilidade no modo de produção do cuidado e seja uma ferramenta de interação entre diferentes profissionais de distintos pontos da rede, por meio de interconsulta, telessaúde e apoio matricial. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MENDES, 2011) Na região, deparou-se com atitudes médicas que demandavam parâmetros para também respaldá-los, particularmente diante das pressões dos usuários, e libertá-los da idealização mercadológica de que “prevenção” e “boa clínica” são sinônimos de “solicitação de exames” e “*check up*” periódicos.

SERVIÇO PÚBLICO REGULAR DE TRANSPORTE ENTRE OS MUNICÍPIOS: DIFICULDADES NA ORGANIZAÇÃO PARA CONTEMPLAR A DIVERSIDADE DE NECESSIDADES E TRAJETÓRIAS DOS USUÁRIOS NA REDE

A organização de um sistema público universal, com base territorial e com diferentes pontos da rede dispersos numa região de saúde, requer um sistema logístico de transporte de pessoas usuárias dos serviços em tempo oportuno, com eficiência, conforto e qualidade. (MENDES, 2011)

As características apresentadas coincidem com o desenho territorial do SUS na região de Vitória da Conquista, na qual usuários de 19 diferentes municípios necessitam de deslocamento para cuidados eletivos programáveis – eventuais e rotineiros – ou por urgência-emergência entre as cidades, essencialmente para a sede da região de saúde, ou ainda para outro destino intraestadual, com destaque para a capital e até mesmo para outros estados.

Nessa direção, a cidade de Vitória da Conquista, por agregar a maioria dos serviços de média e alta densidade tecnológica, é a referência regional e, portanto, a principal rota viária estabelecida entre os municípios para oferta de serviços via programação pactuada e integrada, além de estar em seu território o único aeroporto regional nas proximidades, a sede do Samu regional, o complexo regulador regional, o maior hospital público da região e uma vasta rede privada contratada de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, as secretarias municipais de saúde da região, em relação ao transporte sanitário para cuidados eletivos, pré-agendados e não urgentes, para usuários em condição de saúde compatível com deslocamento por veículo comum, disponibilizavam algum tipo de transporte para seus munícipes – paciente e acompanhante –, para garantir o acesso regulado aos diferentes pontos da rede assistencial fora do território de domicílio. Alguns gestores ofertavam vagas em transporte diariamente,

outros em dias específicos – condensavam os diferentes agendamentos para um mesmo dia da semana – e outros revelaram que, por conta da grande demanda, não conseguiam atender a todas as solicitações para os casos eletivos. Por isso, tentavam estabelecer alguma prioridade por distinção socioeconômica do usuário (equidade) e, na indisponibilidade de veículo próprio, alugavam ou, ainda, proviam alguma ajuda de custo para aquisição de passagens. As falas a seguir ilustram algumas estratégias dos gestores:

Garantia de transporte diário para cuidados eletivos...

> *[...] a Secretaria de Saúde tem o transporte que desloca [usuários] a semana toda para Vitória da Conquista. Então, quando marcamos o exame, já garantimos o transporte. Não é só o exame. É por isso que temos que ter sempre esse cuidado na regulação. Quando o exame sai daqui marcado, já sai garantido o transporte para ele [usuário]. Isso, nós garantimos via município.* (Entrevistado 1, gestor municipal)

Garantia de transporte para usuários sob tratamento prolongado...

> *[...] a gente tem o transporte para aqueles pacientes que são agendados em Vitória da Conquista e que não tenham condições realmente de pagar a passagem, e nós também pagamos esse transporte. Não damos a garantia de 100%, porque aí não tem como. Os pacientes mais graves realmente são atendidos. Pacientes de psiquiatria, se for necessário, nós damos 100%, os pacientes de rádio e quimio 100%, fisioterapia 100% e hemodiálise 100%. Agora, exames e consultas [eletivos esporádicos] nem sempre nós podemos dar 100%, mas nós tentamos.* (Entrevistado 6, gestor municipal)

A abordagem descrita sinaliza a complexa logística para oferta de transporte sanitário como uma questão-chave para garantir acesso aos serviços de saúde regulados em sistemas regionalizados. Na região, destacam-se, por meio de observações em campo e alguns relatos de gestores na CIR, peculiaridades que tensionavam e tornavam esse serviço essencial aos cidadãos: cidades pequenas com pouca oferta de serviços

especializados e de apoio diagnóstico e que, por isso, precisavam encaminhar a maioria dos usuários para Vitória da Conquista; vias terrestres nem sempre adequadas – alguns acessos por estradas não asfaltadas –, o que aumentava o tempo de deslocamento; zona rural extensa e população dispersa; sistema de transporte intermunicipal insuficiente e precário – com horários e rotas fixas, muitas vezes, incompatíveis com os agendamentos em saúde –; população em condições de insuficiência econômica e, paradoxalmente, municípios com baixa arrecadação fiscal e, por isso, com dificuldades para arcar com os elevados custos de um sistema de transporte eficiente.

Não obstante, além dos casos de necessidade programável, os municípios precisavam responder em tempo oportuno as necessidades de cuidados contínuos/rotineiros, como sessões de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, acompanhamento psicossocial, entre outros, que requeriam meios de transporte regulares e adequados às necessidades de pessoas “fragilizadas” pelas condições próprias dos agravos e dos procedimentos, muitas vezes invasivos, dos meios de diagnóstico e tratamento. Com base nisso, os entrevistados narraram um conjunto de prioridades que tentavam responder essas particularidades, tais como: regularidade e prioridade no transporte; inscrição no serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); prioridade no agendamento de consultas/exames na CMC; transporte apanhava o usuário em domicílio; veículo comum ou ambulância, conforme a necessidade do usuário; manutenção de casas de apoio, em Vitória da Conquista, para os casos que requeriam permanência transitória.

Garantia de transporte de saúde e casas de apoio...

> *A SMS tem uma* van *que leva esse pessoal. Quando marca uma consulta em Vitória da Conquista, aí o pedido do exame já vem com a vaga na* van*, aí a gente [da zona rural] vai pra sede do município e lá a* van *desloca a gente pra Conquista. Tem casos que nem pode voltar, né? Mas a gente tem assistência pra ficar lá. Tem um lugar pra ficar, o acompanhante também. Uma casa de apoio para*

as pessoas que não podem voltar. Porque nos hospitais de Vitória da Conquista só fica acompanhantes com pessoas idosas, 60 anos acima, menos não fica. No meu caso mesmo, é preciso ir alguém comigo, onde meu acompanhante vai ficar? Aí, o prefeito tem uma casa de apoio pra dar assistência, pra ficar visitando no hospital. (Grupo focal, usuários I)

Distintas formas de ajuda ao deslocamento para tratamento fora do domicílio...

> *Nós temos, no município, uma demanda muito grande da população para serviços em Conquista. [...] agendamos o procedimento e fazem a avaliação dessa necessidade. Em casos, por exemplo, que o paciente é acamado, que não tem condições financeiras de se deslocar, oferecemos o transporte. Além disso, nós temos os pacientes cadastrados no TFD. Para você ter uma ideia, em 2008, eram 52 pacientes. Hoje [2011], tenho 256 em TFD. Então, garantimos o transporte para essas pessoas, que, pela rotatividade, pelo volume que sai, às vezes, quebra [o veículo] muito rápido, por mais que a gente faça manutenção. Chegamos a fazer sete viagens por dia pra Vitória da Conquista; então, as ambulâncias não param. Os veículos rodam o dia inteiro, pra Conquista, Itabuna e Salvador. Muitas vezes, não conseguimos dar, de fato, a qualidade que o transporte precisa, porque não param.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

Destacou-se, entre usuários entrevistados, uma questão crucial acerca da logística dos transportes sanitários, que era a qualidade do meio de transporte para garantir não apenas o acesso em tempo oportuno, mas também a segurança e conforto dos usuários durante o trajeto. Além disso, o sistema de transporte requer uma organização que vai além da aquisição de automóveis, mas também contratação de motoristas e manutenção preventiva e corretiva dos veículos, que, por sua vez, oneravam expressivamente os gastos públicos em saúde. Sobre essas questões, um usuário num grupo focal posicionou-se criticamente e relatou, com riqueza de detalhes, cenas de descaso que punha em risco

suas vidas durante o trajeto – veículos inadequados ou avariados – ou por atrasos que comprometiam a intervenção clínica durante o tratamento. Em contrapartida, um gestor argumentou acerca dos desafios enfrentados pelas secretarias de saúde para manter essa logística em pleno funcionamento.

Precárias condições do transporte sanitário comprometendo o tratamento...

> *[...] sou paciente de uso constante de transporte e é uma dificuldade que existe, desde quando começou usar transporte para Conquista. Já fui em carro de porta quebrada, carro sem forro nenhum, carro escapando óleo, [...] carro que não cumpre horário [...] aí fica aquele jogo de empurra: 'A culpa é do secretário'. Aí o secretário fala: 'A culpa é do motorista'. Aí o motorista diz: 'A culpa é do outro motorista que chegou tarde'. Não existe uma responsabilidade digna para o ser humano, porque eles acham assim: 'Ah, eu já estou dando o carro, vale qualquer um'. [...] tem gente que faz quimioterapia e tem que estar lá 8 horas, o carro sai daqui 9 horas da manhã, chega lá 11 horas. Quando o paciente vai reclamar: 'Se vire. Pague um taxi, pegue um carro'. [...] Tem um paciente que falou para mim que estava pagando um taxi para levar ele todos os dias para Conquista para poder chegar no horário. [...] nós ficamos uns três meses fazendo apenas três horas de hemodiálise. Precisava de quatro horas, mas ficava três, sendo que isso é prejuízo para quem faz hemodiálise, pois, quanto mais tempo a gente fica na máquina, melhor, é mais tempo de vida pra nós. [...] onde está o respeito pelo paciente? [...] Porque nós saímos da máquina, totalmente debilitados. Nós já fomos sentados um no colo do outro, dentro de uma Kombi que não comportava o número de pessoas.* (Grupo focal, usuários III)

Dificuldades na gestão do sistema de transporte em saúde...

> *A gente não consegue nem fazer a manutenção preventiva do veículo, a gente acaba fazendo a manutenção curativa mesmo [...] Só para você ter uma ideia, só nesses três últimos anos, foram seis veículos adquiridos. Em três anos, dois por ano, e a gente nem concluiu o terceiro ano ainda, a gente com essa dificuldade imensa.*

> *[...] Uma das maiores despesas que a gente tem aqui é com TFD.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

Revolvendo esse terreno, foram encontradas outras questões que impactavam no conforto e na terapêutica do usuário – ou seja, após passar, muitas vezes, por uma "seleção" para conseguir uma vaga nos serviços especializados e de apoio terapêutico e diagnóstico, o usuário ainda era submetido a situações críticas. Algumas dessas circunstâncias parecem inerentes aos sistemas regionais de base territorial que pressupõem escala e escopo para prestação de determinados serviços de maneira racional e que, portanto, distribuem as unidades prestadoras conforme adensamento tecnológico em sede regional ou macrorregional – Vitória da Conquista corresponde a ambas –, requerendo deslocamentos razoáveis e frequentes. Por essa lógica, quanto menos variados e adensados forem os serviços, quanto mais frágil financeiramente e mais afastado estiver o município da cidade de referência, mais os usuários demandarão deslocamentos para uma variedade de serviços de saúde. Além disso, os veículos sanitários, para usuários não rotineiros em cuidados eletivos, transportavam diferentes pessoas, com necessidades terapêuticas diversas – distintas consultas/exames/procedimentos –, agendadas em múltiplos horários, para unidades prestadoras não coincidentes, ainda que na mesma cidade. Por conta disso, o transporte deslocava-se das cidades mais distantes nas primeiras horas da manhã, fazendo com que usuários aprazados para o turno da tarde, por exemplo, tivessem que se submeter a longas e penosas horas de espera.

No Cemae, por exemplo, por conta do grande contingente de pessoas que se deslocavam de diversas cidades diariamente, o tempo de espera tornava-se crítico por conta da situação socioeconômica de alguns usuários, que chegavam sem se alimentar ou passavam todo o dia com uma única refeição. A localização do Cemae não congregava restaurantes nas proximidades; por sua vez, por localizar-se em área de classe média, os pontos de alimentação mais próximos não eram a preço popular.

Muitos usuários não conheciam a cidade ou não sabiam transitar por ela, por isso permaneciam no Cemae durante todo o dia, mesmo que sua consulta tivesse sido realizada nas primeiras horas, pois precisavam aguardar o transporte sanitário que recolheria todas as pessoas a partir do último atendimento. Tais questões, singulares e marginais ao processo que se debruçava, prioritariamente, sobre as vagas, cotas etc., desvelaram as nuances que atravessavam o processo de (des)atenção à saúde. Alguns relatos teceram esse enredo no cotidiano:

Usuário com uma única opção de retorno...

> *O que eu tenho mais inconveniente é com paciente da [Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais] Apae, pois esse paciente realmente acaba que fica só um turno e tem que esperar, porque está com os outros de fisioterapia.* (Entrevistado 5, gestor municipal)

Desarticulação entre sistema de transporte e rede assistencial...

> *Os pacientes de outros municípios vêm em* van*, ônibus, ambulâncias ou o município paga transporte, ou vêm com o seu próprio custo para chegar aos médicos do Cemae. Os pacientes de outros municípios acabam dando um pouco de trabalho, não por eles querem, mas quando é feita a pactuação dos municípios, é vista a questão da consulta do profissional, é vista a questão do horário que o paciente vem, mas não é visita a questão social desse paciente. Então, às vezes, vem um carro de um município distante para cá, a consulta do paciente é 17 horas, mas tem outro paciente para fazer consulta aqui em Conquista [em outro horário e local]. Então, o motorista deixa o paciente no Cemae às 7 horas da manhã sem alimentação, e esse paciente vai ficar aqui de 7 horas às 17 horas, esperando o profissional que vai atender. Então, ele acaba ocupando espaço dentro do serviço, o qual a gente não tem condições de manter, porque o espaço realmente é pequeno. Próximo ao Cemae, não tem um sistema alimentar; no Cemae, não tem uma cantina [...]. Então, não tem uma alimentação adequada, e isso acaba gerando transtornos sociais para o serviço. O paciente sofre hipoglicemia, pico hipertensivo, tem transtorno de ansiedade, porque acaba ficando dentro do serviço o dia todo*

para uma consulta no final da tarde. (Entrevistado 8, gestor municipal)

Um mesmo transporte para diferentes necessidades assistenciais...

Sai [o veículo] às 4 da manhã. Eu mesma já fui nele. A maioria das pessoas aqui já foi, não é? [...]. O carro vai cheio. Tem um limite de 45 pessoas. Não pode ultrapassar. É agendado, vai lá, dá seu nome. É agendado o dia, cada um tem a sua necessidade, aí tem o agendamento cada um vai de acordo com os exames que tem na agenda. E, no caso, se essa pessoa tem o exame marcado, não tem as vagas, aí tem que pagar passagem para ir. [...] Mas depende [o retorno]; se alguém atrasar o ônibus, espera. Porque, às vezes, existe algum exame que não termina, mas, no caso, o carro aguarda para isso. Às vezes, tem aqueles incompreensivos. Tem gente que desiste, mas o caro espera. A obrigação do carro é esperar. (Grupo focal, usuários II)

Essas questões levantadas, por outra via, foram motivo de preocupação para um dos gestores que relatou a necessidade de, no cotidiano do serviço, desenvolver algumas ações para minimizar os impactos na organização e, essencialmente, acolher as demandas dos usuários e tentar respondê-las com brevidade. Nessa perspectiva, os usuários, mesmo agendados com hora marcada, eram priorizados, no Cemae, por idade (maiores de 60 anos), condição clínica e área de residência (zona rural, por exemplo). Em contraposição, nem sempre essa era uma atitude compreendida pelos usuários que estavam a esperar e que, porventura, chegaram antes dos que foram priorizados.

Além disso, retornando à questão dos transportes, os municípios precisavam dispor de soluções logísticas por meio de veículos qualificados e específicos para deslocamento de pessoas em casos de urgência e emergência, tanto para dentro do próprio município, como para outros municípios com adensamento tecnológico adequado para estabilizar ou reverter o quadro agudo do agravo. Na região, esses serviços estão regionalizados por meio do Samu 192, com assistência pré-hospitalar móvel,

sendo serviços autorizados por médicos em centrais reguladoras de âmbito regional, compondo a Rede Estadual de Urgências e Emergências. O Samu 192 estava espacialmente distribuído em sete cidades da região de saúde: Anagé, Belo Campo, Cândido Sales, Condeúba, Maetinga, Poções e Vitória da Conquista. (BAHIA, 2012c)

Na região, essa tem sido a política de saúde com maior sintonia com a integração em rede regional na pauta dos gestores na CIR. Contudo, necessitava de uma rede articulada desde a EqSF às unidades hospitalares de internamento, e, contraditoriamente, o debate dos gestores focava, precipuamente, nas últimas. Além disso, as urgências/emergências, salvo os casos inevitáveis, eram, também, desdobramentos das agudizações de casos crônicos que poderiam ser minimizados em número e gravidade na existência de uma rede de atenção integrada, com coordenação e continuidade adequada dos cuidados. Assim, sem adequado suporte nos territórios, as urgências/emergência abarrotavam os hospitais do município sede e o sistema de transporte não conseguia responder adequadamente as demandas, gerando conflitos nos processos regulatórios de deslocamento de pessoas em unidades móveis e na autorização de internamento, particularmente em unidade de terapia intensiva.

Capítulo VI

CIRCUITOS ASSISTENCIAIS E AS TRAJETÓRIAS DOS USUÁRIOS NA BUSCA POR CUIDADO EM SAÚDE NA REDE REGIONAL DE SAÚDE

Os circuitos assistenciais são trajetórias percorridas por usuários e as estratégias encontradas para acessarem os pontos de atenção secundária e de apoio terapêutico e diagnóstico na rede de saúde regional. Para tanto, selecionaram-se quatro cenários – municípios da região de saúde – e, por meio do conjunto de dados e informações, sintetizaram-se numa imagem gráfica, acompanhada de uma descrição dos fluxos, os principais eventos na prestação dos serviços.

A intenção não foi o julgamento de cada município isoladamente, mas a descrição de diferentes processos que acontecem na rede regional por meio de cenários representativos. A descrição dos diferentes fluxos internos a cada município é resultado da explicitação dos dados durante entrevistas, grupos focais, observações e documentos institucionais. Todavia, o padrão de detalhamento e as singularidades apresentadas não conformam *a priori* uma imagem definitiva dos lugares. Dessa forma, foram trazidos elementos descritivos dos municípios para ilustrar a diversidade de caminhos percorridos pelos usuários e as diferentes trajetórias traçadas e trilhadas na busca pela resolução de suas necessidades de cuidado numa região de saúde.

PRIMEIRO CENÁRIO

Fluxos (1A1) – Os usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. A porta de entrada pode ser uma das quatro USF – duas na zona rural e duas na zona urbana –, pois o município tem 100% de cobertura e todas as equipes com médico e enfermeiro. Os usuários devem procurar as USF de segunda à sexta-feira, em horário comercial. Contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem em todos os turnos. Na zona rural, na USF observada, por exemplo, além da restrição aos dias de atendimento médico, há dificuldade no deslocamento dos profissionais – péssimas estradas de chão e interdições em dias de chuva –, que, por conta da distância, têm seu horário de atendimento "reduzido", pois chegam "atrasados" e saem mais cedo. A zona rural é grande e com população muito dispersa – por exemplo, distâncias maiores que 15 quilômetros entre residência do usuário e USF. Algumas USF são de difícil acesso; por conta disso, a EqSF atende um dia da semana numa Unidade Móvel de Saúde (UM), que se desloca para distintas microáreas de seu território de abrangência, tentando facilitar o acesso. Outra estratégia encontrada pela EqSF é o atendimento à população da zona rural, às segundas-feiras, numa unidade de saúde na sede, pois, nesse dia, muitas pessoas que residem na zona rural deslocam-se para a cidade por conta de ser "dia de feira". Na mesma perspectiva, a segunda USF de referência para atendimento à população da zona rural localiza-se na sede, pois, assim, os usuários de diferentes fazendas, dispersas pelo território, conseguem um melhor acesso. Destaca-se que, com poucos turnos de trabalho e/ou horário reduzido nas USF, particularmente de médicos, há acúmulo de demanda e, por conseguinte, dificuldade no acesso oportuno. Tais questões impõem aos usuários a busca por alternativas para o atendimento, sobretudo por meio da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA).

Fluxo (1A2) – Para os dias em que a USF oficialmente não funciona – feriados, finais de semana etc. –, a população busca o PA localizado em Centro de Saúde na sede do município. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF por falta de vaga no dia da busca, aqueles que não procuram a USF, pois não a consideram como primeira escolha, e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF – como urgência, sutura etc. – procuram diretamente ou são encaminhados ao PA pela USF. A dinâmica de atendimento por queixa-conduta, a rapidez no atendimento, a existência de médicos 24 horas por dia e a possibilidade de resolver problemas, inclusive de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população. Muitos usuários costumam levar resultados de exames para mostrar ao médico, tentam fazer consulta de rotina, gerando grande demanda para o PA, transformando-o num grande ambulatório, "concorrendo" com as USF.

Fluxo (1B) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF ou UM, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma "guia de solicitação". A guia é recolhida na recepção – preenchida com os dados do usuário – e só depois encaminhada à CMC pela própria EqSF.

Fluxos (2A1) e (2A2) – A CMC funciona em horário comercial, de segunda à sexta-feira. Na CMC, um técnico-marcador recebe das diferentes USF as guias de solicitação e, de acordo com o pedido descrito na guia e disponibilidade do serviço, escolherá o prestador. Para tanto, o marcador dispõe de um caderno de anotações com a agenda de todos os médicos e prestadores de serviços no Cenário 1, bem como possui a relação do número de vagas para cada exame, consulta e procedimento. Além disso, existe um sistema de marcação de consultas *on-line* com a CMC da sede da região de saúde, com a relação da quantidade de vagas para as consultas, exames e procedimentos pactuados entre as cidades. O marcador separa as diferentes solicitações por especialidade, por grupo de exames e procedimento, depois checa o motivo da solicitação, priorizando

aqueles em que o profissional solicitante preenche o motivo do pedido e seja mais premente. Caso não esteja explícito o motivo da solicitação ou haja a informação "a pedido do paciente", a guia retorna à USF para reavaliação do profissional solicitante e seu correto preenchimento. Os exames reavaliados são remetidos a CMC e priorizados de acordo com os critérios de tempo de solicitação e necessidade atribuída.

Fluxos (2B1) a (2D1) – Havendo vaga disponível, procede-se o agendamento e, posteriormente, encaminhamento da "guia autorizada" para a respectiva USF solicitante. Além disso, cada USF tem uma cota de exames/consultas por especialidades. Assim, o marcador deverá atentar para as cotas e atender usuários de diferentes territórios, de acordo com a parcela prévia de cada USF. Por outro lado, não havendo vagas, mas o destaque na guia seja "motivo urgente" ou alguma descrição que informe a necessidade de priorização, o marcador entra em contato com a coordenação local – coordenador de Atenção Básica ou secretário de saúde – e/ou faz a descrição no sistema informacional para tentar agilizar as marcações entre os municípios pactuados. Para tanto, o marcador tentará negociar as cotas entre os prestadores locais – antecipando as cotas do mês posterior. Caso seja na sede da região de saúde, o marcador descreve a situação de urgência num campo específico do sistema de marcação (*on-line*) e aguarda a avaliação por um médico regulador da CMC de Vitória da Conquista. Sendo disponibilizada a vaga, a guia autorizada é encaminhada à USF solicitante. Não sendo urgente e/ou não existindo a vaga imediata, o marcador recolhe as guias em pastas nas CMC – por ordem cronológica de solicitação e por especialidades – e vai atendendo à medida que as vagas vão sendo liberadas.

Fluxos (2D2) e (2E) – As solicitações arquivadas nas pastas na CMC são regularmente reavaliadas pela coordenação de Atenção Básica e marcador que, a cada três meses, reencaminham as guias com período superior a três meses de espera para que os profissionais, nas respectivas USF, possam avaliar a pertinência da solicitação – caso já resolvido, óbito do usuário, mudança de endereço do usuário etc. Após reavaliação, a EqSF

remete, caso necessário, a solicitação à CMC para priorização. Contudo, para algumas especialidades, mesmo depois de 90 dias, não há vagas para agendamento.

Fluxos (3A1) e (3A2) – Havendo vaga disponível (fluxos 2B1 e 2C1), o marcador disponibiliza às USF as guias autorizadas – local, data, horário e profissional –, que serão distribuídas aos usuários por ACS ou serão retiradas pelo próprio usuário na USF. Para tanto, a EqSF passa diariamente na CMC e apanha a pasta com as guias autorizadas. Após a entrega da autorização ao usuário, este deverá buscar o prestador identificado na guia de solicitação. Caso o prestador seja em Vitória da Conquista, o usuário receberá da USF, anexada à guia de solicitação, uma autorização impressa diretamente do sistema de marcação com o dia, horário, local e profissional que irá atendê-lo. A depender do procedimento, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/procedimento.

Fluxos (3B1) e (3B2) – O cuidado ao usuário será realizado por um profissional no município Cenário 1 ou em outro município pactuado com este, a depender da oferta e disponibilidade da vaga. Na maioria das vezes, quando o serviço é ofertado por ambos, prioriza-se primeiro no próprio município. A cidade de Vitória da Conquista, sede da região de saúde, é a principal fornecedora de serviços de média e alta densidade tecnológica. Contudo, o Cenário 1 dista, aproximadamente, 120 quilômetros – sendo que 20 quilômetros correspondem a estrada sem asfalto. Caso o prestador seja no Cenário 1 ou na cidade sede da região de saúde, o usuário irá ao prestador no dia/turno identificado. Caso não necessite de retorno, mas tenha resultados de exames/procedimentos solicitados pela USF, buscará a USF para entregá-los – consulta de retorna à USF.

Fluxos (3C) e (3D) – Caso o usuário tenha sido atendido e necessite de consulta de retorno e/ou novos exames e/ou procedimentos, deverá retorna à USF e entregar as novas solicitações para que a EqSF encaminhe à CMC. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxos (4A1), (4A2) e (4B1), (4B2) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera, alguns usuários fazem o desembolso direto ou usam o seguro de saúde, a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e procedimentos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via "intervenção político-partidária" (clientelismo) ou por meio de "conhecidos" dentro da rede. Nesse caso, o usuário pode percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso aos serviços públicos. Por esse meio, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência e/ou oportunidade.

Fluxo (5A) – Tendo realizado o serviço por desembolso direto ou por meio de seguro de saúde, o usuário pode procurar novamente a USF e entregar os resultados ao profissional solicitante. Essa foi uma prática bastante comum nos discursos de todos os grupos de entrevistados, ou seja, os usuários utilizam o serviço privado, muitas vezes, por sugestão dos profissionais da própria USF, para agilizar determinadas ações que são morosas no SUS, e, assim, conseguem adiantar suas consultas de retorno e/ou intervenções cirúrgicas, no próprio sistema público, quando necessárias.

Observações no fluxo assistencial no Cenário 1

- Quando o profissional especialista se ausenta no dia do atendimento no Cenário 1, o serviço avisa à CMC local, que tenta reagendar os usuários (encaixes). O profissional geralmente acorda que atenderá um número maior de pessoas para compensar a ausência.
- Quando o profissional especialista se ausenta no dia do atendimento em Vitória da Conquista, caso o usuário não tenha sabido antecipadamente, o próprio prestador tenta reagendar e avisa à CMC de Vitória da Conquista. Em alguns casos, a CMC de Vitória da Conquista avisa à CMC do Cenário 1, e esta busca uma nova data para o usuário;

- Quando o usuário necessita de um conjunto de consultas, exames e procedimentos pré-cirúrgicos, por exemplo, o que envolve diferentes prestadores, em diferentes cidades, com critérios distintos de vagas, o marcador tenta articular o conjunto de necessidades do usuário para que seja realizado no prazo compatível com a cirurgia. Contudo, quando não é possível, o usuário busca as alternativas políticas e o desembolso direto. Há casos em que alguns exames realizados "perdem a validade" e precisam ser repetidos por conta da desarticulação entre os serviços.
- O município disponibiliza um carro (transporte sanitário), diariamente, para deslocamento das pessoas do Cenário 1 para cidade sede da região de saúde para tratamento especializado – com número limitado de vagas, priorizadas pela CMC. Além disso, existe o transporte garantido para os usuários de serviços especializados de uso contínuo – hemodiálise, tratamentos oncológicos etc. Em caso de usuários acamados ou com outras necessidades, com dificuldade na locomoção, disponibiliza-se uma ambulância para transporte. O controle das vagas nos transportes é feito pelo marcador da CMC.

Fluxograma descritor 1 (Cenário 1):

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da região de saúde

Usuário
3A²
1A²
1A¹
3A¹
PA (24 h)
USF/UM
5A
Prestador privado Não SUS
4A²
Há pedido p/ especialista ou exame?
1B
SIM
CMC
2E
2B¹ SIM
2C¹ SIM
Faz desembolso direto Seguro de saúde
USF/UM
2A² NÃO
Tem o motivo da solicitação?
2A¹ SIM
Tem vaga?
2B² NÃO
É urgente?
2C² NÃO
Usuário aguarda?
NÃO
4A¹
4B¹
SIM 3D
Precisa de retorno?
SIM 2D¹
Aguarda na pasta da CMC
Favorecimento de político ou conhecido
2D¹
Tem mais de 3 meses?
2D² SIM
4B²
Serviço contratado no município
SIM 3B¹
3C
Prestador no próprio município?
3B² NÃO
Serviço em outro município

SEGUNDO CENÁRIO

Fluxo (1A1) – Usuários sentem a necessidade e buscam um dos serviços de saúde municipal. A porta de entrada nem sempre é uma das seis USF, apesar de o município possuir 100% de cobertura. Os usuários em territórios com USF devem acessá-las de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem em todos os turnos. Na zona rural, em algumas USF, além da restrição aos dias de atendimento médico, há dificuldade no deslocamento dos profissionais, que, por conta da distância, têm seu horário de atendimento "reduzido", pois chegam atrasados e saem mais cedo. Com poucos turnos de trabalho nas USF, há acúmulo de demanda e, por conseguinte, dificuldade no acesso. Tais questões impõem ao usuário a busca por alternativas para o atendimento.

Fluxo (1A2) – Usuários que não conseguem atendimento por ausência do profissional ou por falta de vaga no dia da busca nas USF, aqueles que não procuram as USF, pois não as consideram como primeira escolha, e usuários cuja USF é distante de suas residências ou em dias e horários de não funcionamento das USF costumam buscar o serviço no Centro de Saúde (UBS tradicional) e/ou no PA, ambos localizados no hospital da cidade. Na UBS, atendem um médico clínico geral, um pediatra e um ginecologista, que realizam consultas a demandas programadas e espontâneas da atenção primária. A dinâmica de atendimento por queixa-conduta, a rapidez no atendimento, a existência de médicos 24 horas por dia e a possibilidade de resolver problemas, inclusive pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população. Além disso, os médicos do PA atendem usuários "independente" da queixa (não urgentes), inclusive solicitando exames e consultas de rotina que deveriam ser requisitados pelos profissionais das USF. O PA, nesse sentido, "compete" com as USF, pois é de "fácil" acesso e muitos

médicos do plantão são também profissionais das USF – assim, os usuários preferem procurá-los no PA. A CMC aceita as solicitações de exames e consultas requisitadas pelos médicos do PA mesmo não sendo urgentes e há valorização política dessa forma de prestação de serviços. Por conta de ser uma cidade pequena, os usuários da sede procuram o PA pela conveniência, distinguindo-se dos moradores da zona rural, que, apesar das restrições das USF, ainda assim, buscam o serviço com frequência, uma vez que os deslocamentos entre a zona rural e a sede são grandes e há dificuldade no transporte.

Fluxos (1A3) e (1A4) – No município, há ainda duas formas de acesso direto aos serviços públicos especializados, sem intermediação das USF/UBS. No primeiro caso, o usuário pode ir à CMC, mesmo sem uma solicitação médica, e requerer uma consulta/exame em uma especialidade. Nesse caso, o usuário, geralmente, tem a intermediação de um político, de um conhecido na SMS/CMC, ou ainda o técnico-marcador da CMC agenda a consulta e o usuário deverá providenciar uma guia de solicitação médica (preenchida e assinada). No segundo caso, os usuários podem ir ao serviço especializado, localizado no hospital municipal, marcar uma consulta diretamente na recepção da unidade prestadora – funciona como porta de entrada – e acessar, sem regulação, o serviço de cardiologia. Há, ainda, os serviços de endocrinologia ou pneumologia, regulados na CMC, mas com alguma tolerância a marcação diretamente no serviço (encaixes). Em algumas circunstâncias, existe a intermediação de algum político e/ou conhecido na SMS/CMC.

Fluxo (2A) – Tendo acessado a USF, UBS ou PA, após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde, caso haja solicitação de exames – inclusive análises clínicas – e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma guia de solicitação e deverá procurar pessoalmente a CMC. A CMC funciona até 14 horas, de segunda a sexta-feira. Na CMC, os marcadores recebem a guia de solicitação dos usuários e, de acordo com o pedido, escolherão o prestador, que poderá ser no próprio município ou em outra cidade, principalmente em Vitória da Conquista. Os marcadores

têm um caderno de anotações com a agenda de todos os médicos e prestadores de serviços no Cenário 2. Também possuem a relação do número de vagas para cada exame, consulta e procedimento, bem como existe um sistema de marcação de consultas *on-line* com a CMC de Vitória da Conquista, com a relação de vagas de consultas, exames e procedimentos pactuados entre as cidades.

Fluxos (2B1), (2B2), (2B3) – Havendo vaga disponível, o marcador escolherá entre o Cenário 2 ou a sede da região de saúde, a depender da oferta e disponibilidade da vaga. Na maioria das vezes, quando o serviço é ofertado por ambos, os usuários solicitam que seja no Cenário 2, aceitando inclusive esperar a vaga, pois a cidade sede está a 140 quilômetros. A guia autorizada fica disponível na CMC, devendo o usuário buscá-la ou, em alguns casos, o profissional, geralmente da zona rural, recolhe algumas guias autorizadas e as entregam aos usuários via ACS. Há casos, ainda, em que vereadores recolhem as guias autorizadas de usuários das suas áreas de influência para entregá-las, contabilizando como dividendo político. Os usuários que não têm sua consulta marcada imediatamente quando procuram a CMC do Cenário 2 recebem a comunicação sobre a autorização via mídia local (rádio). Contudo, a rádio não alcança todas as localidades da zona rural, prejudicando a informação. Em alguns casos, os usuários passam, de tempos em tempos, na CMC para checar se a solicitação foi autorizada. Quando agendada, o usuário é o responsável por buscar sua autorização na CMC. Os marcadores também tentam, quando possível, localizar o usuário por contato por telefone.

Fluxo (2C1) – Caso o prestador seja no Cenário 2, os marcadores irão agendar no caderno de anotações na CMC. Posteriormente, a CMC encaminha aos prestadores a lista com os nomes dos usuários agendados por especialidade. As pessoas serão atendidas por ordem de chegada. Para tanto, o usuário receberá a guia com a data e local de sua consulta/exame/procedimento. As pessoas que acessam diretamente o serviço especializado são “encaixadas” conforme ausência de algum dos usuários previamente agendados. Exames laboratoriais – hemograma, glicemia,

por exemplo – são realizados no município, mas precisam de solicitação autorizada na CMC.

Fluxo (2C2) – Caso o prestador seja em Vitória da Conquista, o usuário receberá uma autorização impressa diretamente do sistema de marcação com o dia, horário, local e profissional que irá atendê-lo. A depender do procedimento, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/exame/procedimento.

Fluxo (2D1) – Caso haja necessidade de retorno ou haja solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o profissional especialista faz a solicitação e entrega ao usuário. Em alguns casos, o usuário poderá levar a guia diretamente (sem passar pela CMC) ao serviço especializado no Cenário 2 e a recepção tentará encaixar ou retornará à CMC do Cenário 2, particularmente se o serviço não for ofertado no município. Não há, nesses casos, contatos com as EqSF. Caso o agendamento seja pela CMC, o usuário receberá a guia autorizada e buscará os serviços conforme agendamento.

Fluxo (2D2) – Tendo a consulta/exame/procedimento realizada, o usuário retorna para USF ou PA com os resultados dos exames, caso não precise de retorno ao especialista. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxos (2E1) e (2E2) – Não havendo vagas no momento da marcação, a guia de solicitação pode ser devolvida ao usuário, e este é orientado a retornar à CMC no período de abertura da agenda para o Cenário 2 e/ou sede da microrregião. Há uma pasta na CMC com arquivamento temporário de solicitações (fila virtual), que são avaliadas por prioridade descrita pelo médico na guia. As solicitações que não são agendadas por falta de vaga, no dia da abertura da agenda de marcação, são arquivadas numa pasta na CMC, mas podem ser retiradas pelo usuário, caso deseje tentar outras trajetórias para realização da consulta/exame/procedimento. Na data de abertura da agenda para marcação de consultas de especialidades, os usuários vão à CMC com as guias de solicitação tentar o

aprazamento. Essa organização, por sua vez, gera filas na porta da CMC. O critério de marcação, afora as prioridades, é a ordem de chegada do usuário à CMC e o tempo de espera na fila virtual. As priorizações são realizadas pelos técnicos-marcadores de acordo com a descrição médica na guia de solicitação. Caso haja um pedido de urgência, há tentativa de encaixar na agenda dos médicos no Cenário 2, pois, previamente, sempre deixam algumas vagas reservadas às urgências. Sendo na sede da região de saúde, o marcador descreve a situação de urgência num campo específico do sistema de marcação *on-line* e aguarda a regulação pela CMC da sede da região de saúde.

Fluxos (3A1), (3A2) e (3A3) – Caso seja uma necessidade urgente, mas não haja possibilidade de encaixe na agenda dos médicos no Cenário 2, ou não seja autorizado pela regulação da CMC de Vitória da Conquista, em algumas circunstâncias, o usuário recorre à assistência social do município, que paga, totalmente ou parte, o serviço num prestador privado – fora da cota contratada. Quando não recorre à assistência social ou não é contemplado por esta, o usuário desembolsa diretamente ou faz uso de seguro privado – quando possui – para agilizar algumas consultas/procedimentos/exames na rede privada, ainda que depois retorne para o sistema público para seguimento do cuidado.

Fluxos (3B1), (3B2) e (3B3) – Usuários podem acessar o serviço via intervenção política (clientelismo). Nesse caso, o usuário pode percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso ao serviço público. Nesse caso, de maneira geral, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

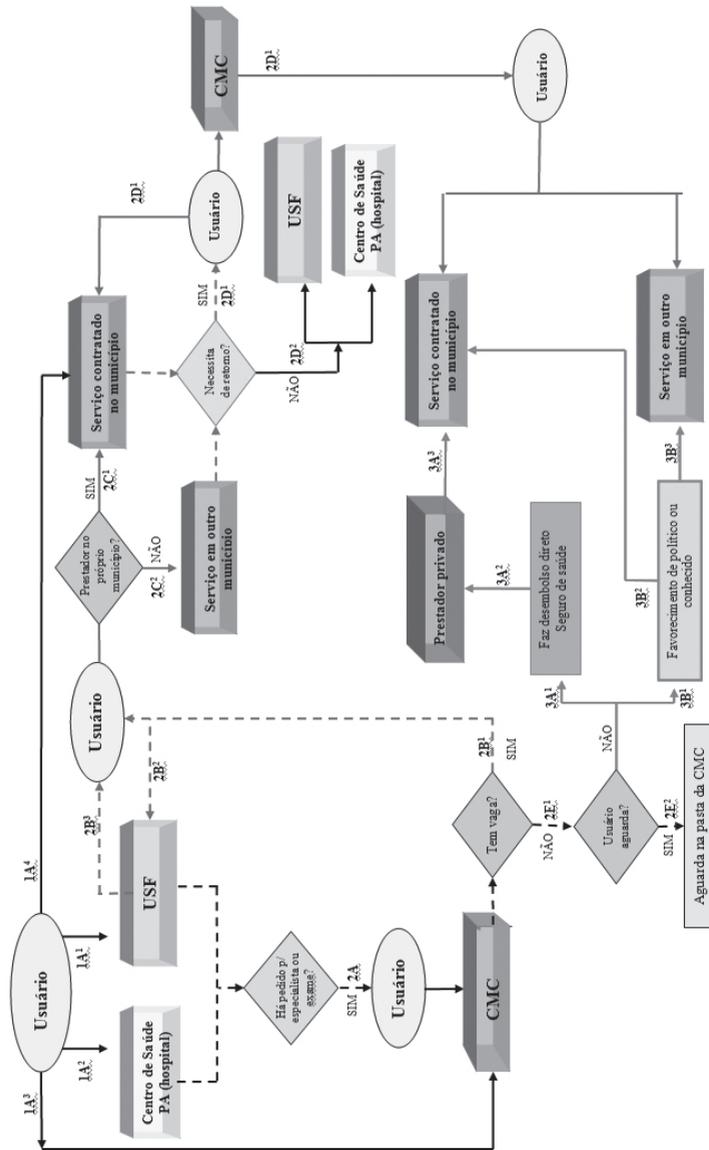
Observações no fluxo assistencial no Cenário 2

- Os exames e consultas para Vitória da Conquista são, preferencialmente, agendados para as terças-feiras. Nesse dia, a SMS do Cenário 2 disponibiliza um veículo (micro-ônibus com 45 lugares) que leva os usuários e acompanhantes do Cenário 2 ao local agendado, partindo às quatro horas da manhã. Além disso, caso a consulta não seja naquele dia ou necessite aguardar alguns dias, a prefeitura dispõe de uma casa de apoio para abrigar seus munícipes em Vitória da Conquista. Os usuários da zona rural devem ir para a sede por conta própria, onde pegam o transporte sanitário para Vitória da Conquista. Caso o agendamento não seja para uma terça-feira, os usuários deverão ir por conta própria ou tentar vaga no transporte sanitário que leva as pessoas em tratamento contínuo – hemodiálise, quimioterapia etc.
- Em alguns casos, o usuário precisa desembolsar uma quantia – taxa/bonificação – ao prestador contratado pela SMS para garantir a consulta/exame pelo SUS. O profissional recebe pelo contrato com a SMS e um adicional do usuário.
- Quando o profissional se ausenta no dia do atendimento no Cenário 2, o serviço avisa à CMC, que tenta reagendar os usuários (encaixes). O profissional geralmente acorda que atenderá um número maior de pessoas para compensar a ausência.
- Quando o profissional se ausenta no dia do atendimento na sede da região de saúde, caso o usuário não tenha sabido antecipadamente, o próprio prestador tentar reagendar e avisa à CMC da sede da região de saúde. Em outros casos, a CMC da sede da região de saúde avisa à CMC do Cenário 2, e esta busca uma nova data para o usuário.
- A CMC do Cenario 2 é uma porta de entrada para as especialidades, pois, em algumas circunstâncias, o usuário vai diretamente sem solicitação à CMC e é agendado; posteriormente, consegue a guia de solicitação. É comum que usuários com

guia de solicitação cheguem à CMC com um bilhete sugerindo priorização daquela marcação em detrimento do fluxo formal.

- A regulação é feita na CMC do Cenário 2 pelos marcadores, influenciados por questões técnicas – registro médico – e questões políticas – partido do usuário, grau de parentesco. O técnico-marcador faz a agenda de todos os especialistas e dos exames laboratoriais – combina antes com os profissionais para definir as datas.
- Quando o usuário necessita de um conjunto de consultas, exames e procedimentos pré-cirúrgicos, por exemplo, o que envolve diferentes prestadores, em diferentes cidades, com critérios distintos de vagas, os marcadores tentam articular o conjunto de necessidades do usuário para que seja realizado no prazo compatível com a cirurgia. Contudo, quando não é possível, o usuário busca as alternativas políticas e o desembolso direto. Há casos em que alguns exames realizados "perdem a validade" e precisam ser repetidos por conta da desarticulação entre os serviços.
- Alguns médicos da ESF também atuam como especialistas no município. Por isso, algumas vezes, fazem a consulta dos usuários de sua USF na própria unidade. Alguns médicos das USF atuam também em plantões no PA ou como especialistas no Centro de Saúde – pneumologia, cardiologia e endocrinologia.

Fluxograma descritor 2 (Cenário 2):

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da região de saúde

TERCEIRO CENÁRIO

Fluxos (1A) e (1B) – Usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. A porta de entrada pode ser uma das dez USF, na zona rural ou urbana. Contudo, o município possui 77% de cobertura de ESF; por isso, há também uma UBS (não ESF) como importante porta de entrada na atenção primária do município. Os usuários devem procurar as USF ou UBS de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Porém, quando buscam uma USF/UBS, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem em todos os turnos. Nesses casos, as equipes fazem contato com a SMS ou com outras USF/UBS e tentam encaminhar alguns usuários que não possam ser agendados para outro dia, na tentativa de que eles não busquem o hospital. No caso da UBS, por ser central e de fácil localização, estando inclusive junto ao hospital, recebe demanda de todo o município e de usuários que vão ao hospital e não são atendidos – demanda do usuário não se enquadra nas urgências. Além disso, por conta de uma zona rural extensa e com população rarefeita, existe uma UM que presta atendimento à população cujo acesso às USF/UBS é mais difícil.

Fluxo (1C) – Para os dias em que as USF/UBS oficialmente não funcionam – feriados, finais de semana etc. –, a população busca o PA no hospital, localizado na sede. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF/UBS por falta de vaga ou ausência do profissional, particularmente o médico, no dia da busca; aqueles que não procuram a USF, pois não a consideram como primeira escolha; e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF procuram ou são encaminhadas ao PA/hospital. A dinâmica de atendimento por queixa-conduta, a rapidez no atendimento, a existência de médicos 24h por dia, a possibilidade de resolver problemas inclusive de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada

frequentemente pela população; contudo, há um esforço para que as demandas não urgentes sejam reencaminhadas à USF ou UBS.

Fluxo (1D) – Usuários em tratamento contínuo, como hemodiálise e quimioterapia, por exemplo, podem procurar diretamente a CMC para marcação de consultas e exames especializados.

Fluxos (2A), (2B) e (2C) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF, UBS, UM ou PA, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma guia de solicitação. O caminho varia conforme a USF/UBS seja informatizada ou não.

Fluxos (3B1) e (3B2) – Nas USF/UBS informatizadas, a recepção agenda diretamente, via Sisreg III, segundo cotas pré-fixadas para cada unidade e para cada grupo de exames, procedimentos e consultas, caso o prestador oferte o serviço no Cenário 3. Caso o prestador seja em outro município, a USF/UBS não faz o agendamento; por isso, recolhe as guias de solicitação e encaminha à CMC.

Fluxos (4B1), (4B2), (5B1), (5B2), (6B1), (6B1) – Caso tenha vaga para o prestador do Cenário 3, a USF/UBS agenda a consulta (dia e local) e entrega a guia autorizada para o usuário – ou via ACS. Este, por sua vez, procurará o serviço de referência. Quando não há vaga, os marcadores da USF/UBS informatizada tentam regular no próprio sistema, colocando a necessidade de prioridade e esperam a resposta da CMC do Cenário 3. Em algumas circunstâncias – urgências, por exemplo –, os profissionais ligam via Skype diretamente para coordenação da CMC e tentam argumentar para conseguir a vaga. Não conseguindo agendar, a solicitação é entregue ao usuário e este deverá voltar a USF/UBS na próxima data de marcação de consulta para especialista/exame, ou a solicitação é recolhida numa pasta e após marcação o usuário é avisado (via ACS).

Fluxo (7B) – Caso seja necessária uma consulta de retorno ou solicitado novo procedimento/exame pelo serviço de referência, o usuário deverá retornar a USF/UBS e agendar, ou então deverá ir diretamente à

CMC – a CMC liga para o usuário quando conseguir a vaga/autorização e/ou avisa via rádio local.

Fluxo (3A) – Caso o prestador não seja no Cenário 3 e para todas as solicitações feitas por USF não informatizada, a guia é recolhida e encaminhada por "malote" à CMC do Cenário 3.

Fluxos (4A1) a (7A1) – A CMC verifica se há cota nos prestadores locais (Sisreg III) ou via regulação (*on-line*, sistema regional) com a CMC de Vitória da Conquista. Em caso negativo, verifica-se se a solicitação é urgente/prioridade. Caso também não seja, a solicitação é recolhida numa pasta na CMC para agendá-la em data posterior. Caso tenha a vaga ou se trate de uma urgência/prioridade, para um prestador no Cenário 3, a solicitação é entregue à USF – não informatizada – e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Nos casos de urgência/prioridade para prestadores no Cenário 3, a CMC reserva uma cota mensal e, caso tenha utilizado a reserva, a CMC recorre às cotas das USF/UBS ainda não utilizadas e agenda, independente da adscrição do usuário. Caso não tenha conseguido marcar com o prestador por falta de vaga, o usuário pode aguardar até que a CMC consiga novo aprazamento.

Fluxo (7A2) – Sendo o prestador em Vitória da Conquista, caso tenha a vaga ou trate-se de uma urgência/prioridade – o técnico-marcador separa as diferentes solicitações por especialidade, por grupo de exames e procedimento, depois checa o motivo da solicitação, priorizando aqueles em que o profissional solicitante destaca como urgente ou que traz uma descrição que informa a necessidade de priorização –, a solicitação – a depender do procedimento/exame, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/procedimento – é entregue a USF/UBS e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Em caso de urgência/prioridade, mas sem a autorização imediata, a coordenadora da CMC liga diretamente para o médico regulador da CMC de Vitória da Conquista e negocia uma vaga. Geralmente, as autorizações seguem com uma observação que prevê uma vaga num transporte ofertado pelo município.

Fluxo (8A) – No prestador em Vitória da Conquista, caso haja necessidade de retorno ou haja solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o usuário deverá retornar à CMC do Cenário 3 para agendamento. Caso não necessite de retorno e tenha resultados de exames/procedimentos solicitados pela USF/UBS, buscará a USF/UBS. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

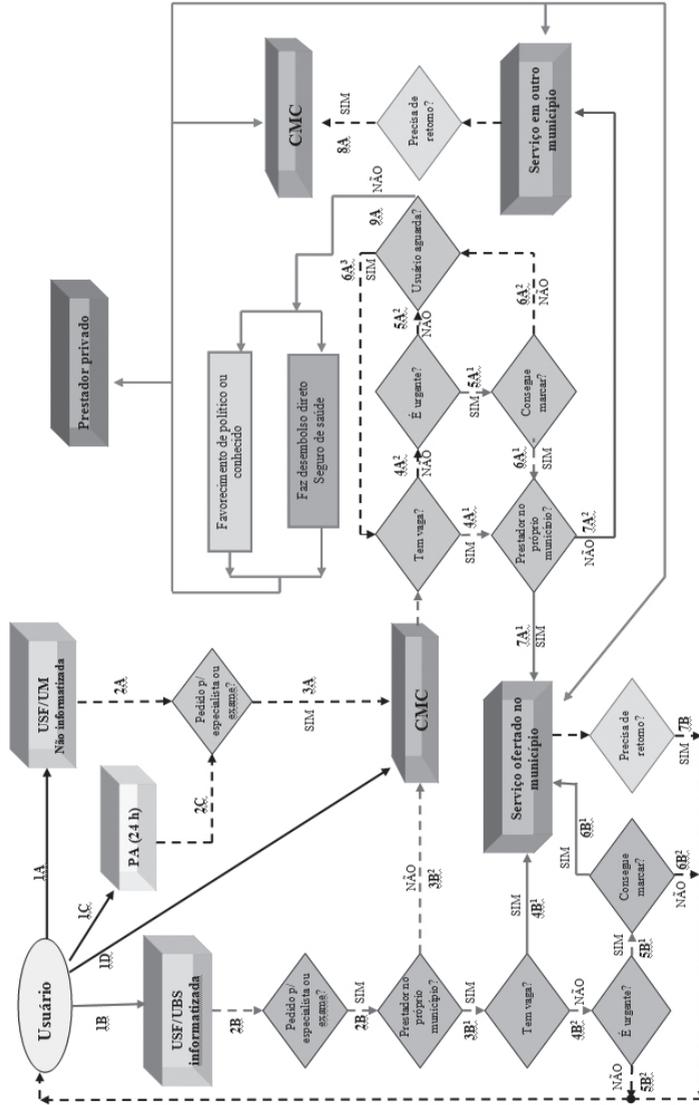
Fluxo (9A) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera ou necessidade, alguns usuários não desejam aguardar o fluxo "normal". Para tanto, fazem o desembolso direto a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e/ou procedimentos e retornam aos serviços públicos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via clientelismo. Nesse caso, podem percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso ao serviço público. De maneira geral, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

Observações no fluxo assistencial no Cenário 3

- Quando uma consulta, um exame ou um procedimento é agendado, a CMC avisa numa rádio local, especialmente para as pessoas da zona rural. Outra forma é por meio dos ACS. Por conta de não ouvirem ou de não serem avisados a tempo, muitas pessoas acabam perdendo a consulta.
- Outra possibilidade para agilizar o acesso a consultas/exames especializados é encaminhar o usuário à SMS para procurar a Secretaria de Saúde e, assim, tentar conseguir uma vaga.
- Os especialistas dos serviços privados (não contratados) costumam solicitar outros exames, procedimentos ou medicação; assim, alguns usuários retornam à USF/UBS. Contudo, tais solicitações, para serem aceitas na rede SUS, precisam ser transcritas para uma "Guia SUS", e o usuário terá que percorrer todo o itinerário. As solicitações do serviço privado

criam demandas e vias paralelas à rede formal. Alguns profissionais que trabalham como prestadores do SUS e têm também consultórios particulares, muitas vezes, atendem o usuário com desembolso direto, mas solicitam as consultas e procedimento sem "Guia SUS".

Fluxograma descritor 3 (Cenário 3):

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da Região de Saúde

QUARTO CENÁRIO

Fluxos (1A) e (1B) – Usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. O acesso pode ser por uma das 37 USF, na zona rural ou urbana. Contudo, o município possui 42% de cobertura de ESF – 100% na zona rural – e, por isso, a UBS – referência para áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e sem ESF – é uma importante porta de entrada da atenção primária. Os usuários devem procurar as USF de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois algumas EqSF estão sem médicos, devido à rotatividade do profissional e à dificuldade na contratação de novos. As USF, apesar de disporem formalmente desse profissional todos os dias (manhã e tarde), têm dificuldade em substituir o médico ou não consegue cobri-lo nas ausências, programadas ou não. Por sua vez, o acesso às UBS torna-se ainda mais restritivo por conta de grande demanda de usuários inscritos. As UBS atendem com médico generalista (clínico geral), ginecologista e pediatra, sendo as demandas direcionadas para cada profissional conforme a queixa do usuário. Por fim, na zona rural, além das USF, as áreas mais dispersas contam com "unidades satélite" com espaço para atendimento médico e de enfermagem. Nessas localidades, as EqSF deslocam-se e fazem o atendimento conforme agenda previamente organizada por ACS da microárea.

Fluxo (1C) – Para os dias em que as USF/UBS oficialmente não funcionam – feriados, finais de semana, à noite etc. –, a população busca o PA no hospital, localizado na sede. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF/UBS por falta de vaga ou ausência do profissional, particularmente o médico, no dia da busca; aqueles que não procuram a USF/UBS, pois não a consideram como primeira escolha; e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF/UBS procuram ou são encaminhadas ao PA/hospital. A dinâmica de atendimento por queixa-conduta, a rapidez no atendimento, a

existência de médicos 24 horas por dia, a possibilidade de resolver problemas, inclusive pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população.

Fluxo (1D) – Usuários com demandas por cuidados complexos – por exemplo, câncer ou submetidos a hemodiálise, quimioterapia ou ainda que realizam TFD – podem ir diretamente à CMC para marcação de consultas com especialistas independente da cota de sua USF, pois são considerados prioritários na rede. Caso optem, podem também fazer as solicitações via USF/UBS de sua área de abrangência.

Fluxos (2A), (2B) e (2C) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF, UBS ou PA, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma guia de solicitação. Há orientação aos médicos para que os atendimentos no PA não gerem solicitações de consultas com especialistas, ou seja, o usuário seja orientado a procurar uma USF/UBS. Todavia, essa conduta não é rigorosamente seguida e, por conta disso, o PA, além de concorrer com a USF/UBS, conforma-se como grande geradora de demandas por especialidades – nem sempre bem fundamentadas – e, em alguns casos, origina duplicidade de solicitações, pois o usuário busca, simultaneamente, diferentes portas de entrada.

Fluxos (3B1) a (4B1) – Nas USF/UBS informatizadas, a recepção agenda diretamente, via sistema eletrônico de marcação de consultas específico do município, segundo cotas pré-fixadas para cada unidade e para cada grupo de exames, procedimentos e consultas, caso o prestador oferte o serviço na própria cidade. Caso o prestador seja em outro município ou a solicitação configure-se numa necessidade de exame de alto custo, as USF/UBS não fazem o agendamento diretamente; por isso, recolhem as guias de solicitação e encaminham à CMC. Caso haja a vaga disponível, o usuário recebe a guia autorizada e deverá procurar o serviço conforme agendamento.

Fluxos de (4B2) a (6B3) – Quando não há vaga, os marcadores das USF/UBS informatizadas tentam regular no próprio sistema eletrônico,

colocando a necessidade de prioridade, e esperam a resposta da CMC. Em algumas circunstâncias – urgências, por exemplo –, os profissionais ligam ou vão diretamente à CMC e tentam argumentar para conseguir a vaga. Não conseguindo agendar, há diferentes modos de organização nas unidades: a solicitação é entregue ao usuário e este deverá voltar à USF/UBS na próxima data de marcação de consulta para especialista/exame ou a solicitação é recolhida numa pasta e, após marcação, o usuário é avisado via ACS. Caso seja necessária uma consulta de retorno ou solicitado novo procedimento ou exame pelo serviço de referência, o usuário deverá retornar com a guia e tentar agendar na USF/UBS.

Fluxo (3A) – Caso o prestador não seja na cidade e para todas as solicitações feitas por USF/UBS não informatizada, a guia é recolhida e encaminhada por "malote" à CMC.

Fluxos (4A1) a (6A1) – A CMC verifica se há cota nos prestadores locais ou com a CMC de outro município pactuado. Em caso negativo, verifica se a solicitação é urgente/prioridade e, caso não seja, é devolvida à USF/UBS e esta deverá procurar a CMC para agendá-la em data posterior. Caso tenha a vaga ou se trate de uma urgência/prioridade, para um prestador na cidade, a solicitação após autorizada é entregue à USF não informatizada e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Nos casos de urgência/prioridade para prestadores na cidade, a CMC reserva uma cota mensal; caso tenha utilizado a reserva, a CMC recorre às cotas das USF/UBS ainda não utilizadas e agenda, independente da adscrição do usuário.

Fluxo (6A2) – Caso não tenha conseguido marcar com o prestador por falta de vaga, o usuário pode aguardar até que a CMC consiga novo aprazamento.

Fluxos (7A1) e (7A2) – Para um prestador da cidade ou fora de Vitória da Conquista, a solicitação – a depender do procedimento ou exame – é entregue à USF/UBS e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Em caso de urgência/prioridade, mas sem a

autorização imediata – em outra cidade –, o coordenador da CMC liga diretamente para o médico regulador e negocia uma vaga.

Fluxo (8A) – No prestador fora de Vitória da Conquista, caso haja necessidade de retorno, solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o usuário poderá retornar diretamente à CMC para agendamento. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxo (9A) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera ou necessidade, alguns usuários não desejam aguardar o fluxo "normal". Para tanto, fazem o desembolso direto a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e/ou procedimentos e retornam aos serviços públicos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via clientelismo político ou favorecimento pessoal. Nesses casos, podem abreviar diferentes etapas do fluxo e conseguir outras formas de acesso ao serviço público especializado. Para tanto, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

Observações no fluxo assistencial no Cenário 4

- Quando uma consulta, um exame ou um procedimento é aprazado, a CMC encaminha por malote às USF/UBS da zona urbana ou deixa numa pasta disponível na SMS às equipes da zona rural. As equipes da zona rural passam diariamente na SMS e recolhem as pastas.
- Caso a guia seja gerada num PA, o usuário deverá levá-la a uma USF/UBS da área de abrangência e aguardar agendamento conforme cota da sua unidade.
- As cotas disponíveis às USF/UBS são quantidades previstas/variáveis, ou seja, podem não corresponder à realidade, pois a CMC pode fazer uso dessas cotas em caso de necessidade urgente de outra USF/UBS. Caso o profissional especialista esteja de férias ou algum outro impedimento para realizar os

procedimentos, a cota é reduzida. Por sua vez, caso haja excedente de oferta, a CMC entra em contato com as USF/UBS e redistribui as cotas.

- Os médicos especialistas em ginecologia e pediatria das USB não são regulados pela CMC. As agendas desses profissionais são organizadas pela própria UBS. Contudo, caso haja necessidade dessa especialidade para outras USF, as equipes tentam disponibilizar algumas vagas por meio de contatos informais.
- Para alguns procedimentos e exames laboratoriais, a oferta é livre – sem cotas – para todas as USF/UBS.
- É comum que profissionais recomendem aos usuários que busquem "adiantar" determinados procedimentos ou exames – pela via privada – para oportunizar o cuidado num tempo menor.

Fluxograma descritor 4 (Cenário 4):

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da região de saúde

Usuário
1A
USF/UBS Não informatizada
1B
1C
1D
PA (24 h)
2A
2C
USF/UBS informatizada
6B³
2B
Pedido p/ especialista ou exame?
SIM
3A
Prestador privado
Favorecimento de político ou conhecido
Faz desembolso direto Seguro de saúde
NÃO 9A
CMC
8A SIM
Precisa de retorno?
Prestador no próprio município?
NÃO 3B²
CMC
Tem vaga?
4A² NÃO
É urgente?
NÃO 5A²
Usuário aguarda?
3B¹ SIM
4A¹ SIM
5A¹ SIM
Tem vaga?
SIM 4B¹
Serviço ofertado no município
USF/UBS Não informatizada
6A¹ SIM
Consegue marcar?
6A² NÃO
Serviço em outro município
4B² NÃO
SIM 6B¹
NÃO 5B²
É urgente?
SIM 5B¹
Consegue marcar?
NÃO 6B²
Usuário aguarda?
SIM 6B³
SIM 7A¹
Prestador no próprio município?
NÃO 7A²

PARTE IV

LINHA DE CHEGADA E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Nesse percurso, o maior desafio talvez tenha sido encontrar o caminho teórico-metodológico que permitisse investigar uma rede regionalizada em três níveis de análise – política, organizacional e práticas – para compreensão da gestão do cuidado integral. A literatura disponível combina uma série de abordagens, nem sempre convergentes, sobre os diferentes níveis, além de existir certa arbitrariedade no modo de fazer a separação entre eles, gerando superposições e confusões acerca dos seus limites.

Destacam-se como pontos fortes da pesquisa o desenvolvimento de um estudo de caso que investiga a APS num contexto de região de saúde, destacando a sua posição nas políticas de integração de serviços entre distintos municípios, e a análise da integração de uma rede regionalizada de saúde e os desafios que isso produz. Sobressai, ainda, na investigação, a utilização de diferentes técnicas para captação dos dados e a participação de distintos sujeitos, permitindo perspectivas diversificadas acerca do tema e a triangulação entre os três níveis de análise. Ao lado disso, as observações, particularmente nas reuniões da CIR, possibilitaram o acúmulo de informações estratégicas para compreensão das políticas e apreensão das priorizações, num contexto real da dinâmica de

negociações e posicionamentos de secretários de saúde que representam os 19 municípios da região de saúde.

Ressalta-se, ainda, que os estudos acerca da coordenação do cuidado no Brasil, de maneira geral, abordam a relação entre profissionais das equipes de APS e profissionais de outros serviços de especialidades e hospitalares em cenários locais e municipais. Nesse ínterim, investigar os limites e possibilidades advindas de contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde. Ao lado disso, a pesquisa abarcou também municípios de pequeno porte e zonas rurais, evidenciando as peculiaridades para atração e fixação de profissionais nessas localidades, sobretudo médicos. Nesse sentido, explicitou a necessidade de políticas específicas para esses territórios que admitam outros arranjos no número e na composição das EqSF, valorizando e ampliando, quando possível e pertinente, a atuação do enfermeiro, de equipes do Nasf, dos técnicos e dos ACS.

A título de consideração final, busca-se retomar algumas questões apontadas, mas com a clareza do inacabamento que permeia qualquer análise. O estudo mostrou que os desafios para constituição de uma rede regionalizada com cuidados coordenados por equipes de APS requerem a defesa de políticas universais e a organização dos serviços de saúde cada vez mais com caráter público. Nas palavras de Campos (2000, p. 181),

> seria necessário pensar outros modos de fazer política social, outras maneiras para organizar a saúde, educação etc. O velho modo já mostrou seus limites: a corrupção, o clientelismo, a ineficiência, as iniquidades multiplicadas, tudo por ser refeito. Repensar o papel, a função e o funcionamento das Organizações Públicas, um desafio.

Ao interrogar-se acerca da conformação da rede de atenção à saúde num contexto regional, as evidências mostram fragilidades e potencialidades. Assim, as estratégias político-institucionais para modelagem de uma rede regional revelam que a definição do território sanitário nos documentos institucionais e a política estadual de planejamento

para alocação dos serviços têm como parâmetro o PDR, ou seja, forjam, oficialmente, uma rede integrada de serviços de saúde de cunho regionalizado. Outrossim, há fluxos estabelecidos entre estado, instâncias regionais e municípios que preveem o planejamento ascendente e o compartilhamento da gestão do cuidado nos territórios. Todavia, tais mecanismos, presentes na estratégia institucional da política estadual, ainda são incipientes no planejamento locorregional e insuficientes nas ações de todos os entes nacionais. Dessa forma, as assimetrias técnico-financeiras entre os entes subnacionais, as disputas político-partidárias por investimentos, a aplicação de recursos atrelados ao voto e, sobretudo, os interesses privados de formuladores de políticas, gestores e trabalhadores da saúde em detrimento ao fortalecimento de um sistema público e universal comprometem a coesão necessária para constituir uma rede solidária de caráter regional.

A CIR apresentou-se como uma ferramenta estratégica e potente para fortalecimento da governança regional, por reunir, numa arena comum, distintos sujeitos responsáveis legais pela tomada de decisão nos territórios sanitários, que precisam negociar a alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região de saúde, ainda que induzidos por pautas ministeriais e estaduais. Dessa forma, necessita incorporar à rotina de gestão dispositivos mais democráticos que logrem se articular com instituições de ensino/pesquisa e sejam permeáveis as demandas sociais para definição das políticas de saúde. É premente, portanto, que a CIR não se limite a ser um espaço burocrático, ritualístico e estéril, ou seja, necessita torna-se lócus criativo, pedagógico e produtor de políticas que reforcem o caráter público e universal do SUS.

Por esse prisma, a rotatividade dos secretários de saúde, a baixa autonomia dos mesmos em relação ao Executivo local, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas-partidárias na tomada de decisão em detrimento do consenso solidário obstruem a permeabilidade da CIR às demandas sociais. Em contraposição, a publicização da gestão e o envolvimento de representantes da

sociedade civil organizada que defenda o SUS nas plenárias poderiam reduzir o campo do interesse privado nas decisões públicas.

Por outro lado, quando investigamos a posição da ESF no processo de conformação da rede e a possibilidade de coordenação do cuidado na região de saúde por meio de equipes de APS, nos deparamos com complexos problemas organizacionais e na prática das equipes. Por conta da capilaridade da ESF, notadamente, nos menores municípios, a porta de entrada principal é a USF. Contraditoriamente, nesses mesmos municípios, a ausência de médicos em todos os turnos e dias nas unidades de saúde e a simplificação na estrutura e no aporte de equipamentos e insumos nos estabelecimentos sanitários comprometem o cuidado oportuno e regular, bem como a resolubilidade de problemas relacionados ao âmbito da APS. Apesar disso, o percurso mais comum do usuário para acessar os serviços de especialidades e apoio diagnóstico e terapêutico, no SUS, é por meio das unidades de APS, pois os profissionais, sobretudo médicos, são responsáveis pelas referências para outros pontos de atenção na rede regional, por meio de formulários específicos, mediados por centrais reguladoras.

Nos municípios da região de saúde, as EqSF tinham dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos que precisavam de suporte especializado, com consequente prolongamento e até agravamento dos problemas. Além disso, os fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizavam a coordenação do cuidado por profissionais da APS. Sendo assim, a participação das equipes de atenção primária na regulação do acesso aos serviços especializados era coadjuvante, posto que a priorização era fruto de uma contingência na oferta que, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional, não contemplava a coordenação entre níveis.

Por sua vez, nos pequenos municípios, a integração dos serviços era bastante frágil, porquanto, na maior parte das vezes, havia apenas o financiador via PPI, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos

dos municípios de referência. As centrais de regulação e marcação de consultas de âmbito regional e local restringiam a oferta aos tetos financeiros pré-acordados por cada município, ou seja, não correspondiam às necessidades dos usuários nos territórios. Além disso, as CMC nos pequenos municípios da região eram frágeis, transferindo ao técnico-marcador – sem formação específica em saúde – os agendamentos conforme descrição médica nas guias de solicitação e, paralelamente, assumindo importante papel discricionário na priorização de vagas.

Nessa seara, a incipiência ou ausência de instrumentos comunicacionais entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, sobretudo de médicos, comprometia o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorecia a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos usuários. Com efeito, a ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de atenção primária e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede e o uso limitado de protocolos clínicos restringiam o contato entre médicos generalistas e especialistas às referências formais ou contatos informais. Constatou-se, também, que não havia contrarreferência entre os serviços especializados e as unidades de atenção primária, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes profissionais.

Toda essa problemática depõe contra a coordenação e expõe uma gestão do cuidado inadequada. Entretanto, não se trata de um jogo perdido. Os casos exemplares ficam diluídos no emaranhado de problemas e tornam os sujeitos e suas práticas que estão comprometidos com a gestão do cuidado invisíveis, porém eles existiam e estavam produzindo linhas de fuga e modelando, nos interstícios da rede, novas tessituras.

Assim, ao dar centralidade aos desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado em redes regionalizadas, busca-se, com este livro, disparar novas reflexões e abrir o debate, por meio das evidências apresentadas, acerca dos modos de produzir saúde nas políticas, nos processos organizativos e nas práticas cotidianas nas regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009.

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117-172.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. V. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface:* Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: SANTOS, A. M.; ALMEIDA, P. F.; SOUZA, M. K. B. (Org.). *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 277-303.

ALVES, F. L. *Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS*: um estudo sobre a cirurgia bariátrica. 2010. 186 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ALVES, J. S. *Vinculação do trabalhador ao SUS no âmbito municipal*: perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em saúde. 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 73-84.

ARAÚJO, J. D.; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-19, mar. 1973.

ARMITAGE, G. D. et al. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care,* United Kingdom, v. 9, p. 1-11, June 2009.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 18, p. 17-21, jan./mar. 2009. Suplemento 1.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Revista de Atenção Primária à Saúde,* Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSIS, M. M. A. et al. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família:* olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M.; Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, p. 7-15, 2008. Suplemento 1.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). *Pesquisa*: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-160.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface:* Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

BAHIA ganha quatro novos cursos federais de medicina. *Leiamais. ba*, Salvador, 06 jun. 2012a. Disponível em: <http://leiamais. ba/2012/06/06/bahia-ganha-quatro-novos-cursos-federais-de-medicina>. Acesso em: 7 dez. 2017.

BAHIA. Lei nº 11.055, de 26 de junho de 2008. Altera a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB e dá outras providências. *Diário Oficial da Bahia*, Salvador, 2008a.

BAHIA. Lei Ordinária nº, 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da administração pública do poder executivo estadual e dá outras providências. *Diário oficial da Bahia*, Salvador, 2014.

BAHIA. Secretaria da Bahia. *Relatório Anual de Gestão 2011*. Salvador, 2012b.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *Boletim de avaliação e monitoramento*. Salvador, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *Política Estadual de Atenção Básica*. Salvador, 2013b.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *Programa estadual de construção de Unidades de Saúde da Família*. Salvador, [20--]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_INFORMATIVO_PROGRAMA_ESTADUAL_CONSTRUCAO_UBS_25JULHO2017.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Indicadores*: demografia. Salvador, [2010a]. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/indicadoresDemografia.html>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *PDR*: Plano Diretor de Regionalização. Salvador, 2008b. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP-2007_atualizado_em_16-04-2008.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Programação Anual de Saúde – 2012*. Salvador, 2012c.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Regimento Interno do Colegiado Microrregional de Saúde do Estado da Bahia*. Salvador, 2007a. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/observatorio/download/>. Acesso em: 21 de jul. 2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde*. Relatório das plenárias temáticas e final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia*. Salvador, 2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Resolução CIB 145/2007*. Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador, 2007b.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendência e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010b. p. 115-128.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, maio 2009.

BAHIA, L. H. N. O poder do clientelismo: raízes e fundamentos da troca política. Rio de Janeiro: Renovar. 2003. Resenha de: D'AVILA FILHO, P. M. O clientelismo como gramática política universal. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. p. 149-154, jul./dez. 2003.

BARBOSA, M. C. L. et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 4, p. 347-354, out./dez. 2010.

BARBOUR, R. *Grupos focais*. Tradução de Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, nov./dez. 2011.

BISCAIA, A. R. et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal*: reformar para novos sucessos. 2. ed. Lisboa: Padrões culturais, 2008.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-1332, 2012.

BOERMA, W. G. W. Coordenação e integração em atenção primária européia. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde*: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 25-47.

BOUSQUAT, A.; ALVES, M. C. G. P.; ELIAS, P. E. Utilização do Programa Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, p. 903-906, 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Departamento de Informática do Sus. *Indicadores e Dados Básicos*: Brasil: 2009. Brasília, DF, [2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>.
Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990a, Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. *CNES-DADASUS*. Brasília, [20--]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 7 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual:* orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF, 2009. (Sério B, Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais*: Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*. Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família*: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília, DF, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.170, de 5 de junho de 2012. Habilita Municípios a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012b. Seção 1, p. 77. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/portaria1170.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011. Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa:* orientações para sua implementação no SUS. Brasília, DF, 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Regulação – SISREG*: manual do administrador SISREG III. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas e resultados da eleição*. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde*: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 135-160.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S58-S68, 2008. Suplemento 1.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010a.

CAMPOS, G. W. S. Debate sobre o artigo de Conill. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S17-S19, 2008. Suplemento 1.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro:reflexiones sobre la función clínica em el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileria de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 477-483, dez. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010b. p. 294-302. (Coleção Pensar em Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 24-34, 2009. Suplemento 2.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica*: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009. p. 231-235.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, jul. 2012.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012.

CAVALCANTE NETO, P.G.; LIRA, G.V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos estudantes pela Medicina de Família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-204, abr./jun. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, p. 545-555, 2009. Suplemento 1.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CECÍLIO, L. C. O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, jul./dez. 2007.

COELHO, A. P. S. *O público e o privado na regionalização da saúde*: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo. 2011. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, set./out. 2005.

COHN, A. Apresentação. In: COHN, A. (Org.). *Saúde da família e SUS*: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 7-11.

COHN, A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, p. S23-S24, 2008. Suplemento 1.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S16, 2008. Suplemento 1.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. *Análisis de la problemática de la integración de la APS em El contxto actual:* causas que inciden em la fragmentación de servicios y SUS efectos em la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, p. S15-S27, nov. 2010. Suplemento 1.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, jun. 2011.

CRUZ, L. P. Serviços diagnósticos e terapêuticos. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 253-258.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, Nov. 2004.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

DANTAS NETO, P. F. "Surf" nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. *Caderno CRH,* Salvador, n. 39, p. 213-255. jul./dez. 2003.

DECLARACIÓN de Alma-Ata (1978). *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*, Santiago de Compostela, v. 2, n. 1, p. 22-24, 2002.

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. 7. ed. Campinas: Autores associados, 2002.

DEMOGRAFIA médica no Brasil, volume 2: cenários e indicadores de distribuição. Brasília: Conselho Federal de Medicina; São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011.

DEMOGRAFIA médica no Brasil, volume 2: cenários e indicadores de distribuição. Brasília: Conselho Federal de Medicina; São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

DIAS, M. P. *Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte*. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

DRAIBE, S. M. *Há tendências e tendências: com que estado de bem estar social haveremos de conviver neste fim de século?* São Paulo: Unicamp, 1989.

DUQUE, N. R. et al. El paciente pluripatológico: manejo coordinado entre atención primaria y especializada. *Jano*: Medicina y Humanidades, Barcelona, n. 1751, nov. 2009.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul./set. 2006.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Feb./Mar. 2007.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2014. p. 853-883.

EUROSOCIAL. *La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1043-1053, 2011. Suplemento 1.

FEO, J. J. O; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La Coordinatión entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Barcelona, v. 4, n. 2, p. 357-382, abr. 2006.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 49-69.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de redes*: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANCO, T. B. Transição tecnológica e inclusão social na saúde. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). *A produção subjetiva do cuidado*: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 147-162.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec: São Paulo, 2003. p. 125-133. (Série Saúde em debate, 155).

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 135-160. (Série Saúde em debate, 155).

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003b. p. 55-124. (Série Saúde em debate, 155).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden em la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2007.

GARIGLIO, M. T.; RADICCHI, A. L. A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153-163, jan./fev. 2008.

GARRIDO, M. V.; ZENTNER, A.; BUSSE, R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, United Kingdom, v. 29, n. 1, p. 28-38, 2011.

GENEAU, R. et al. Primary care practice à la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Family Practice,* United Kingdom, v. 24, n. 2, p. 138-144, Apr. 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/24/2/138/470279/Primary-care-practice-a-la-carte-among-GPs-using?searchresult=1>. Acesso em: 30 nov. 2012.

GÉRVAS, J. et al. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia: contra el descrédito del héroe. *Atención Primaria,* Barcelona, v. 39, n. 11, p. 615-618, nov. 2007.

GÉRVAS, J.; BONIS, J. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. *Revista Española de Salud Pública,* Madrid, v. 82, n. 6, p. 627-635, nov./dic. 2008.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 147-149, mar. 2006.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primarial. *SEMERGEN*: Medicina de Familia, Barcelona, v. 31, n. 9, p. 418-423, oct. 2005.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S21-23, 2008. Suplemento 1.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, 2011. Suplemento 1.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. *Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos*: relatório final: Aracaju. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 493-546.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, jul./set. 2009.

GOULART, F. A. A. *Experiências em Saúde da Família*: cada caso é um caso? 2002. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

GREß, S. et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, Wilmington, v. 17, p. 75-86, 2009.

GRÖNE, O.; GARCIA-BARBERO, M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, London, v. 1, Apr./June 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/>. Acesso em: 7 fev. 2011.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288. Out. 2004.

GUIMARÃES, M. C. L. Processo decisório e conflitos de interesse na implantação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH*, Salvador, n. 39, p. 105-132, jul./dez. 2003.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, London, v. 327, p. 1219-1221, Nov. 2003.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-336, 2004. Suplemento 2.

HEIMANN, L. S. et al. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 208-219. (Coleção Pensar em Saúde).

HENAO-MARTÍNEZ, D. et al. Integración Asistencial de dos Organizaciones en Cataluña, España. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 10, n. 1, p. 33-48, enero/feb. 2008.

HERNÁNDEZ, T.; GÓMEZ, Y. O. La migración de médicos en Venezuela. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 2, p. 177-181, agosto 2011.

IANNI, A. M. Z. et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde: o caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, maio 2012.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, jul./set. 2006.

IMMERGUT, E. M. *Health Politics: Interest and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. (Série Cambridge studies in comparative politics).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Estados@*: Bahia. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>. Acesso em: 2 jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Síntese de Indicadores 2009*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>. Acesso em: 11 dez. 2017.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE – ICICT. Fundação Oswaldo Cruz. *Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>. Acesso em: 7 dez. 2017.

JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2383-2393, ago. 2010.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

KOVACS, M. H. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria,* Porto Alegre*,* v. 81, n. 3, p. 251-258, maio/jun. 2005.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, London, v. 10, n. 65, p. 1-13, 2010.

KRINGOS, D. S. et al. *The contribution of primary care to health care system performance in Europe*. Utrecht: [s. n.], 2012a. Cap. 8, p. 217-238.

KRINGOS, D. S. et al. *The stregth of primary care in Europe*: na international comparative study. Utrecht: [s. n.], 2012b. Cap. 5, p. 145-164.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LAPÃO, L. V.; DUSSAULT, G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *International Journal of Health Planning and Management*, Medford, p. 1-13, 2012.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, nov. 2011.

LEATT, P.; PINK G. H.; GUERRIERE, M. Towards a canadian model of integrated healthcare. *HealthcarePapers*, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35, Mar. 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, E. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Pró-Saúde e Pet-Saúde em Vitória da Conquista: avanços e desafios do modelo de formação. In: PRADO, N. B. L.; MANFROI, E. C.; LIMA, E. C. (Org.). *O PET-Saúde no Semiárido baiano*: uma experiência transformadora no ensinar "fazendo saúde". Salvador: EDUFBA, 2017. p. 21-33.

LIMA, L. D. et al. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. D. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual*: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-58.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 30-48.

LIMA, L. L. *Gestão da política de saúde no município*: a questão da autonomia. 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LONGEST JR, B. B.; YOUNG, G. T. Coordination and communication. In: SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. (Org.). *Health care management*: organization design and behavior. 5th. New York: Thomson Delmar Learning, 2006. p. 237-275.

LOPES, C. M. N. *Regionalização em saúde*: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009). 2010. 239 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

LOPES, E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 118-124, abr./jun. 2011.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, nov./dez. 2007.

MACEDO, R. S. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na educação*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2004.

MACINKO, J. et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 73-84, feb./marzo 2007.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 243-556, set./dez. 2003.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Chicago, v. 38, n. 3, p. 831-865, June 2003.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes*: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p. 51-64. (Série Saúde Participativa).

MAGALHÃES, M. C. B. *Os Colegiados de Gestão Regional como dispositivos da Regionalização do SUS "Cenários e Perspectivas"*: Análise da situação do CGMR na Bahia. [Salvador]: SESAB, 2010. 37 slides, color. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/cdgr/download/mostra_01/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Concei%C3%A7%C3%A3o_18-11-10.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009a. p. 43-68.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009b. p. 370-383.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, jun. 2010. Suplemento 1.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, maio/jun. 2009.

MENDES, E. V. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, p. S3-S11, dez. 2008. Suplemento 4, n. 4.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. (Saúde Coletiva, n. 4).

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. (Saúde em debate).

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, ago. 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. (Org.). *Agir em saúde:* um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E. *Saúde:* a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate).

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-35.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. (Org.). *Agir em saúde:* um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009. p. 348-56.

MERHY, E. E.; IRIART C. B.; WAITZKIN, H. *Atenção gerenciada:* da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? 1996. Texto apresentado na Oficina de Trabalho "Perspectivas para a Gestão Hospitalar Pública..." ENSP/FIOCRUZ, novembro de 1996. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-20.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2011.

MILANI, C. R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 180-214, jul./dez. 2006.

MISHIMA, S. M. et al. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 766-773, set. 2010.

MLADOVSKY, P. et al. Health policy in the financial crisis. *Eurohealth*, Brussels, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2012.

MOLESINI, J. A. et al. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-638, jul./set. 2010.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*, Berlin, v. 85, n. 2, p. 172-183, Feb. 2008.

NASCIMENTO, V. B. *SUS*: pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NUNES, C. A. *A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família*: estudo de caso em um município do interior da Bahia. 2011. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, nov./dic. 2006.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, nov. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-49. (Saúde em debate, 150).

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. *OECD Health Statistics 2017*. Paris, 2017. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Acesso em: 7 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela APS:* construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, DF, 2011. (Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Apéndice D. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes Integradas de Servicios de Salud*: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C., 2010. p. 89-91. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud en las Américas*: 2007: volumen I-Regional. Washington, D.C, 2007a. p. 314-405.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*. Washington, D.C, 2007b. (27ª Conferencia sanitaria panamericana).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C., 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. *Redes Integradas de Servicios de Salud*: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las América. Washington, D.C., 2008. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, out./dez. 1989.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA. L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PASE, H. L.; MÜLLER, M.; MORAIS, J. A. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento plural*, Pelotas, ano 5, n. 10, p. 181-199, jan./jun. 2012.

PEREIRA, A. M. M. *Dilemas federativos e regionalização na saúde*: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PINHEIRO, M. E. C.; JESUS, L. M. M. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. *Interface*: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 18, p. 1135-1143, 2014. Suplemento 1.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 15-28.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, jun. 2010. Suplemento 1.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-2852. jun. 2011.

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2008. Trimestral. Diagnóstico da situação da Saúde estado da Bahia – 2008. ISSN 0100-0233.

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009. Trimestral. Plano Estadual de Saúde [2008-2011]. ISSN 0100-0233.

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012. Trimestral. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. ISSN 0100-0233.

ROCHA, P. M.; SÁ, A. B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, jun. 2011.

ROSEN, R. et al. *Integration in action*: four international case studies. London: Nuffield Trust, 2011.

SALTMAN, R. B. Unindo as vertentes: atenção primária em perspectiva. In: SALTMAN, R. B.; RICO A.; BOERMA, W. G. W. *Atenção Primária conduzindo as redes de Atenção à Saúde*: reforma organizacional na atenção primária européia. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 113-131.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. *Atenção Primária conduzindo as redes de Atenção à saúde*: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 359-369, jul./set. 2015.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, Taubaté, SP, v. 13, n. 2, p. 400-422, maio/ago. 2017.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, set./out. 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS*: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B.; Lima, J. C. F. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009. 382-392.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3579-3586, nov. 2010. Suplemento 3.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./fev. 2001.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 61-89.

SILVA, S. F. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS*: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. p. 87-99.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, out./dez. 2011.

SOARES, L. T. R. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da nossa época, v. 78).

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão". *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

SOLLA, J. P. *Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS*: avaliação da implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010. (Saúde em debate, 208).

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, set./out. 2009. Suplemento 1.

SOUZA, M. K. B. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. 2011. 268 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

STARFIELD, B. Continuous Confusion? *American Journal of Public Health*, Washington, v. 70, n. 2, p. 117-119, Feb. 1980.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 26, p. 20-26, 2012. Suplemento.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, Nova Jersey, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA - SEI. *Censo demográfico 2010*. Salvador: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=297:apresentacao&catid=1480&I-temid=471>. Acesso em: 11 dez. 2017.

SUTER, E. et al. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, Toronto, v. 13, p. 16-23, Oct. 2009.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção de saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, C. F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, jan./mar. 1993.

TEJADA-DE-RIVERO, D. A. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health*, Washington, v. 8, n. 2, p. 2-7, 2003.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, Oct. 2009.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria,* Barcelona, v. 26, p. 94-101, marzo 2012. Suplemento 1.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, set. 2011.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva,* São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO MCR. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção social*: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-167.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. *Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)*: as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS: Relatório síntese estadual Bahia. [S.l.]: USP: Fiocruz, 2010a.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D (Coord.). *Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)*: as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS: Relatório teórico-metodológico. [S.l.]: USP: Fiocruz, 2010b.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*, v. 6, n. 3, p. 221-230, Aug. 1984. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-abstract/6/3/221/1570063/Primary-health-care-in-Europe-problems-and?redirectedFrom=PDF>. Acesso em: 24 jan. 2011.

WADMANN. S.; STRANDBERG-LARSEN, M.; VRANGBEK, K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, v. 9, p. 1-14, Mar. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Health in times of global economic crisis*: implications for the WHO European Region. Copenhagen, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Integrated health services – what and why? *Technical Brief Series*. n.1, p. 1-10, May 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *The World Health Report 2008:* Primary Health Care: Now more than ever. Geneva, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: Health Evidence Network, 2004.